

## FICHE PRATIQUE

### Dermoscopie

# Fiche de dermoscopie n°1

### Cas clinique

Il s'agit d'une femme de 31 ans, de phototype IV avec une bonne aptitude au bronzage. Elle 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 ; elle se protège peu du soleil. Elle ne prend qu'une contraception estroprogestative depuis 5 ans, n'a aucun antécédent médical ou chirurgical, et a eu deux grossesses et accouchements normaux il y a 5 et 2 ans. L'anamnèse familiale retrouve un antécédent de carcinome basocellulaire chez sa mère, mais pas d'autres antécédents cancérologiques familiaux.

Elle est adressée par son médecin traitant pour une lésion pigmentée "très foncée" du sein gauche (*fig. 1*).

La lésion (*fig. 2*) serait présente depuis quelques années, l'interrogatoire ne peut préciser si elle s'est modifiée récemment.

L'examen dermoscopique (immersion + polarisation) 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

### Dermoscopie

#### [ Solution

##### Quel est votre diagnostic ?

Il s'agit d'un nævus (mélanocytaire) globulaire.

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

- Pas de nécessité de chirurgie.
- Pas de nécessité de surveillance pour cette lésion en particulier (une surveillance pourrait être indiquée chez cette patiente si son examen clinique corps entier, que vous n'aurez pas manqué de faire, révélait d'autres lésions plus atypiques).

- Auto-surveillance et nouvelle consultation si apparition d'un changement ou d'une autre lésion cutanée.

#### [ Commentaires

Sur l'image dermoscopique (*fig. 4*), on observe des globules bruns répartis de manière homogène sur toute la surface de la lésion (**flèches bleues**). Il n'y pas d'autre structure dermoscopique reconnaissable sur la surface de cette lésion : on dit que le patron est (exclusivement) globulaire. Les globules sont de couleur brun sombre (ils ne sont ni bleus, ni gris-bleu, ni rouges) ce qui est en accord avec le phototype IV de la patiente ; leur

couleur est homogène sur l'ensemble de la lésion même si celle-ci est plus sombre au centre, ce qui est habituel (**flèche blanche**). Les globules sont de taille variable ( **doubles flèches rouges**). Leur forme est bien ronde. On observe des espaces clairs entre les globules (**flèches jaunes**) qui restent plus foncés que la peau environnante et ne doivent pas être confondus avec une "réticulation inversée" (*cf. fiches suivantes à paraître*).

Le patron globulaire est un patron bénin observé dans les nævus mélanocytaires bénins.

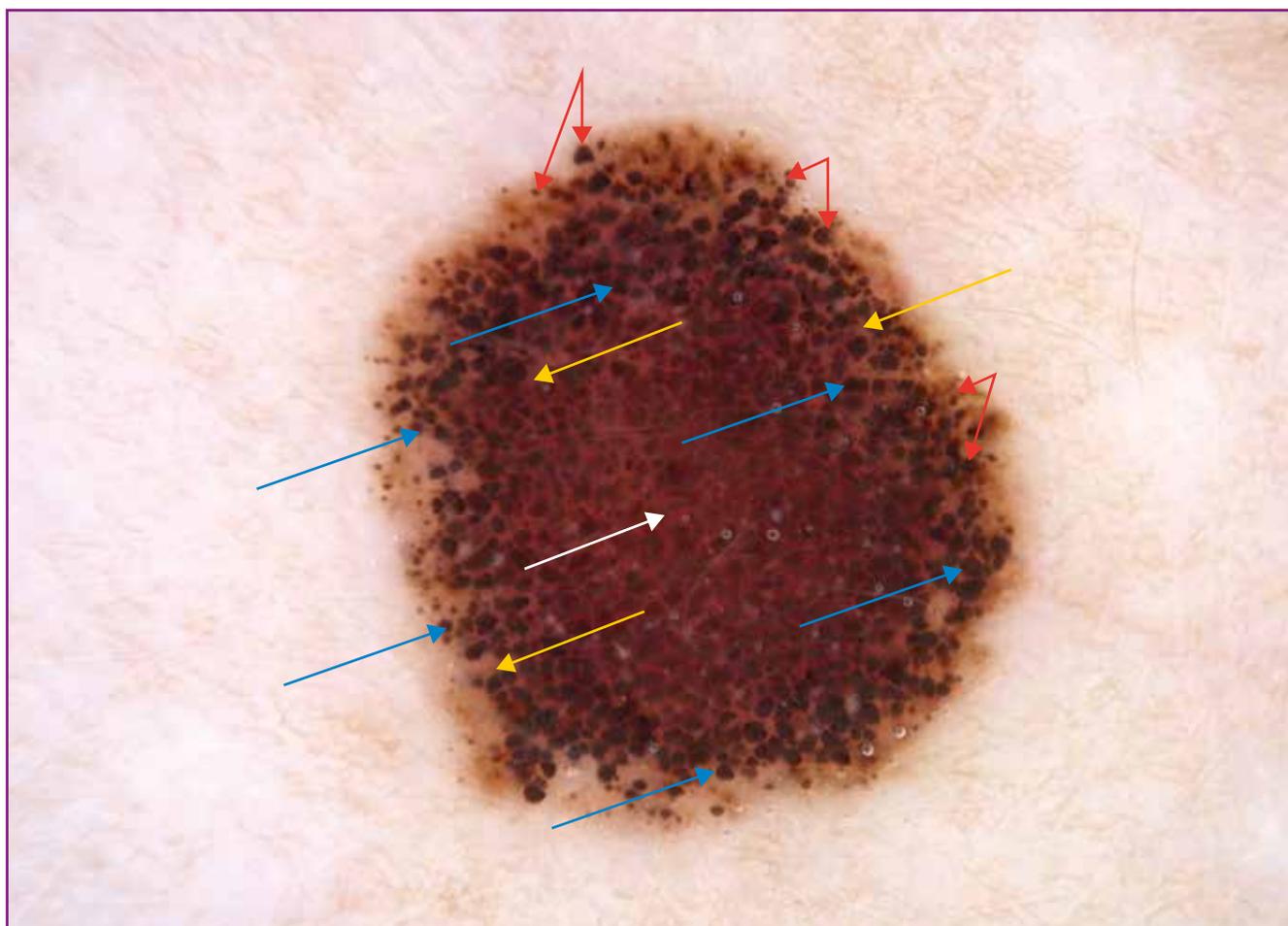


FIG. 4.

# Le patron globulaire et les globules bruns

→ L. THOMAS

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

**E**n dermoscopie, on appelle **globules** les formations arrondies, le terme "point" désigne des formations de plus petite taille d'où leur description souvent regroupée : "points et globules".

Seuls les globules bruns sont indicateurs d'une lésion mélanocytaire (**fig. 4, flèches bleues et rouges**). On peut observer des "globules gris-bleu" dans les carcinomes basocellulaires (**fig. 5**) et des "globules rouges" dans diverses lésions achromiques (**fig. 6 : ici une disposition "en chaînette" des globules rouges observés dans un acanthome à cellules claires**).

Lorsqu'une lésion est exclusivement constituée, au plan dermoscopique, de globules bruns, on dit que le patron global de la lésion est un **patron globulaire**.



FIG. 5.

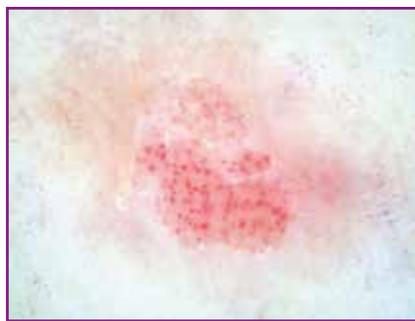


FIG. 6.

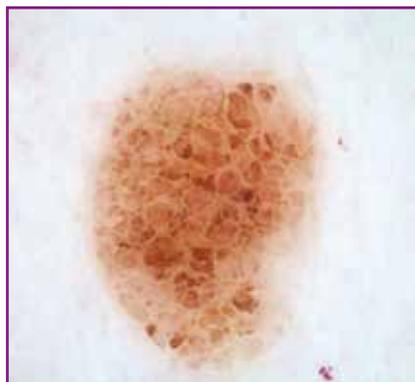


FIG. 7.

Parfois, les éléments sont quadrangulaires ou polygonaux et non arrondis, mais leur agencement plutôt régulier reproduit celui du patron globulaire : on parle alors de **patron pavimenteux**, qui a exactement la même valeur sémiologique (**fig. 7**).

Les patrons globulaires et pavimenteux correspondent à des **nævus mélanocytaires bénins**. Il est habituel de rencontrer des globules bien arrondis dans des lésions récentes ou chez des enfants, alors que le patron pavimenteux est plus tardif. Chez les sujets âgés, les globules/pavés sont plus dissociés au

sein d'une lésion moins dense, souvent en relief.

Les patrons globulaires et globules bruns n'ont de valeur sémiologique qu'en dehors des paumes-plantes, visage, muqueuses, cicatrices et ongles. Dans ces **topographies dites "spéciales"**, l'anatomie différente est responsable d'une sémiologie dermoscopique différente qui ne peut être interprétée de la même façon. C'est en particulier le cas en région acrale, comme présenté sur la **figure 8** où l'on observe bien des globules. Toutefois, ce qui est important ici, c'est la disposition de ces globules en double ligne le long des sillons des dermatoglyphes : le "patron parallèle des sillons".

Les globules bruns peuvent n'être que l'un des constituants du patron dermoscopique d'une lésion pigmentée : on parle alors de **patron globulo-réticulaire** ou de **patron globulaire et homogène**. À partir de trois composantes associées (par exemple globules + réseau + zones homogènes), on parle de patron multicomposé (*cf. fiche de dermoscopie n° 3 à paraître*).



FIG. 8.

## FICHE PRATIQUE

### Dermoscopie

#### POINTS FORTS

- ➞ Le patron globulaire est un patron bénin.
- ➞ Les globules bruns peuvent être un élément sémiologique au sein d'un patron multicomposé qui peut être malin ou atypique.
- ➞ Les globules et points pigmentés ont, dans ce cas, une valeur sémiologique péjorative lorsque leur répartition est irrégulière sur la surface de la lésion, et ce d'autant plus qu'elle est périphérique.

La **composante globulaire** de certains patrons bi- ou multicomposés doit être reconnue pour sa signification sémiologique :

– une couronne de globules périphériques bien régulière et parfaitement circulaire autour d'une lésion par ailleurs réticulaire ou homogène (**fig. 9**) signifie que la lésion est en croissance. Il s'agit d'un patron bénin mais instable qui ne se stabilisera que lorsque la croissance de la lésion sera terminée. Parfois, les globules périphériques sont en connexion avec le réseau pigmentaire ; on parle alors de pseudopodes dont la signification est similaire ;

– *a contrario*, une disposition asymétrique et irrégulière des globules périphériques est le signe d'une croissance asymétrique comme on peut l'observer au cours de mélanomes (**fig. 10, illustrant un mélanome de type SSM de niveau II et de 0,2 mm chez un homme de 32 ans**) ;

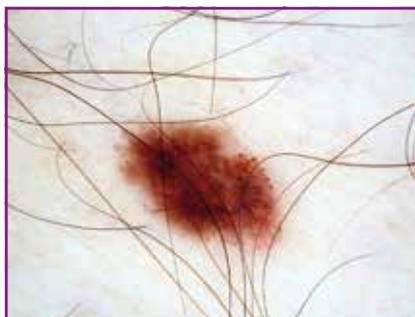


FIG. 10.

Ainsi, et de manière plus générale, au cours du mélanome (et, dans une moindre mesure, dans les nævus dysplasiques), les globules bruns ont **une valeur sémiologique péjorative lorsque leur répartition est inhomogène sur la surface de lésion**, et ce d'autant plus que leur position est plus périphérique (**fig. 10 et 11, illustrant un mélanome de type SSM de niveau III et de 0,30 mm chez une femme de 55 ans**).



FIG. 9.



FIG. 11.

Les globules bruns correspondent histologiquement à des **thèques mélanocytaires** situées soit à la jonction dermo-épidermique, soit dans le derme papillaire. On comprend volontiers que leur répartition régulière sur toute la surface de la lésion soit en faveur d'un nævus jonctionnel ou dermique bénin (**fig. 12**), que leur répartition périphérique en couronne régulière traduise une lésion en croissance et que leur répartition anarchique et irrégulière soit en faveur d'un mélanome (**fig. 13**).

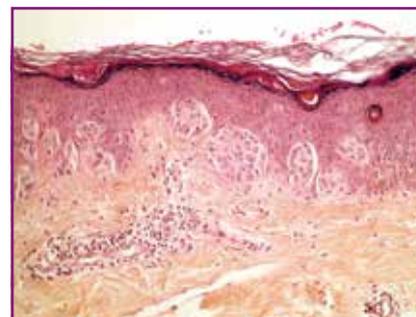


FIG. 12.

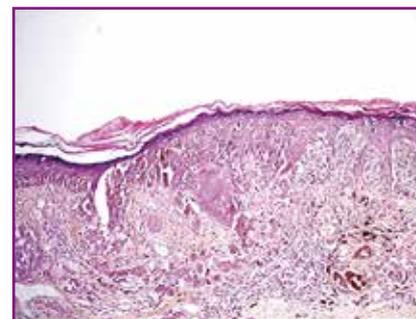


FIG. 13.

Théoriquement, il serait souhaitable de distinguer les globules bruns des "points noirs" qui correspondent à de la mélanine dans la couche cornée de l'épiderme (**fig. 14**). C'est en particulier le cas quand on s'attache à établir des corrélations dermoscopico-pathologiques. Toutefois, les points noirs (il n'existe pas de patron de points noirs, ceux-ci étant toujours associés à d'autres éléments sémiologiques) s'analysent dermoscopiquement exactement de la

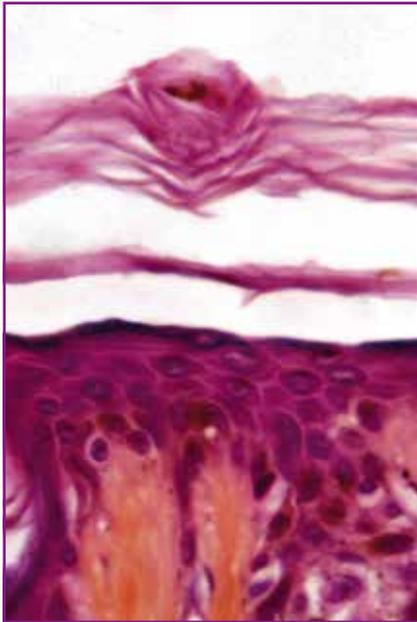


FIG. 14.



FIG. 15.

même façon que les globules bruns, à savoir : l'irrégularité de leur répartition, en particulier périphérique, est péjorative alors que leur régularité de disposition est favorable (*la figure 15 illustre des points noirs très irréguliers dans leur répartition dans un mélanome de*

*type SSM de niveau III et de 0,25 mm chez une femme de 39 ans*). C'est la raison pour laquelle il est désormais habituel de parler de **points et globules pigmentés**, de répartition régulière ou non.

---

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