

Fiche pratique

Fiche de dermoscopie n° 12

Cas clinique

Il s'agit d'une femme de 51 ans, de phototype IIIb avec une aptitude moyenne au bronzage. Elle n'a jamais vécu outre-mer, n'a jamais fait d'UV artificiels, son activité professionnelle est à 100 % intérieure et ses loisirs ensoleillés sont modérés. Elle a été opérée d'un mélanome de type SSM niveau III 0,7 mm du dos il y a 2 ans. Elle revient en consultation pour un contrôle systématique après avoir interrompu sa surveillance depuis 1 an et demi. À l'interrogatoire, elle n'a rien rapporté d'anormal depuis sa dernière consultation. L'examen systématique corps entier ne retrouve pas de signe de récurrence ou de dissémination du mélanome antérieurement traité.

En revanche, l'attention est attirée par l'examen dermoscopique d'une lésion de l'hypochondre gauche présentée sur la **figure 1**.

Interrogée sur cette lésion, la patiente rapporte qu'elle l'a vu apparaître il y a environ 1 an : elle est survenue apparemment en peau saine, sans lésion préalable qu'elle aurait pu remarquer. Cette papule de 9 mm de diamètre n'est pas douloureuse, pas prurigineuse, elle n'a jamais saigné, elle est ferme sans être dure à la palpation. Elle n'a pas grandi en taille ou en épaisseur récemment.

L'examen dermoscopique (polarisation + immersion) de cette lésion est présenté sur la **figure 2**.

Quel est votre diagnostic ?

Quelle est votre proposition de prise en charge ?

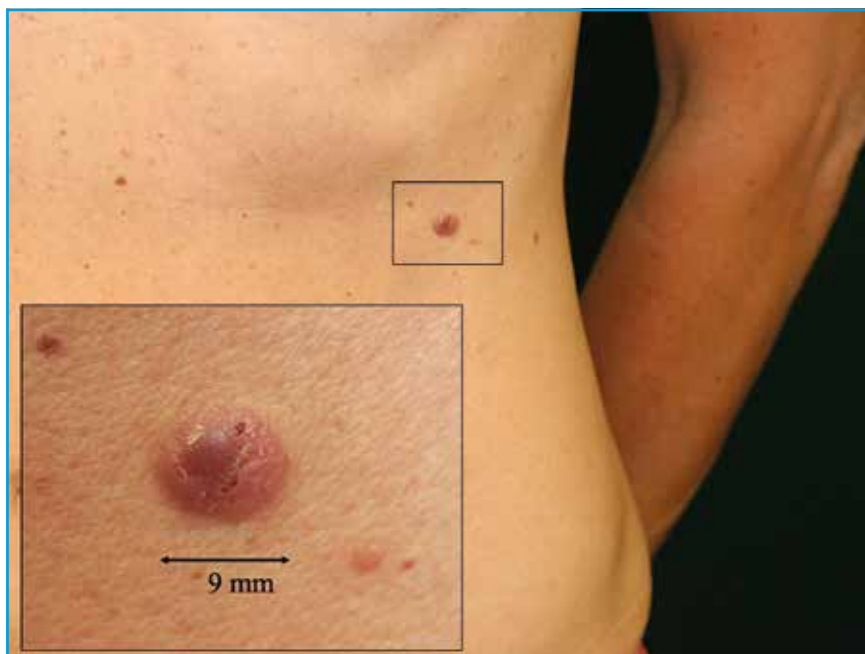


Fig. 1.



Fig. 2.

Fiche pratique

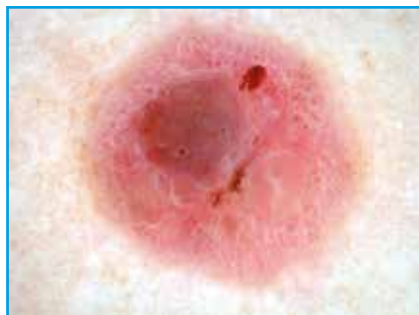


Fig. 3.

Solution

Quel est votre diagnostic ? (fig. 3)

Cette lésion est récente, elle survient dans un contexte d'antécédent personnel de mélanome et, même si la patiente n'y avait pas particulièrement porté attention, elle est suspecte dermoscopiquement, ce qui contraste avec l'examen clinique à l'œil nu qui objective une papule monochrome symétrique à bords réguliers, légèrement squameuse, à surface un peu "graisseuse", qui pourrait être compatible avec un nævus tubéreux achromique traumatisé ou une kératose séborrhéique irritée (fig. 1). En effet, cette lésion – qui aura, comme il se doit, fait l'objet d'un examen dermoscopique systématique – présente un patron vasculaire atypique ainsi que des lignes blanches brillantes et des micro-ulcérations.

Quelle est votre proposition de prise en charge ?

Un examen histopathologique de la lésion (retirée avec marges courtes avec fermeture de la perte de substance sans plastie et avec une suture dans l'axe des lignes de drainage lymphatique) s'impose avec, pour première hypothèse diagnostique, celle d'un mélanome achromique.

L'examen histopathologique confirmera le diagnostic d'un **mélanome inclassable de niveau IV et de 2,2 mm** d'épaisseur micrométrique. Le bilan d'extension sera négatif et la biopsie du ganglion

sentinelle négative. La recherche d'une mutation génétique prédisposant au mélanome reviendra négative.

La patiente est toujours en rémission complète après 11 ans et demi.

Commentaires

Sur la dermoscopie en polarisation + immersion (fig. 4), on observe :

- un fond rosé de la lésion avec toutefois une zone à fond légèrement brun bleuté (**dans le cercle brun**) ;
- des lignes blanches brillantes ("chrysalides"), d'épaisseur et de taille variables (**flèches jaunes**), constituant une "clé blanche" du diagnostic d'une lésion achromique suspecte de malignité ;
- des ulcérations recouvertes d'une croûte fibrino-cruorique, reconnaissables à leurs limites très nettes et à leur couleur brune (**flèches bleues**), et qui constituent aussi une clé diagnostique en faveur d'une lésion achromique suspecte de malignité ;
- la présence de zones à fond rose blanchâtre parcourues de fines télangiectasies encore appelées "zones rouge laiteux" (**dans le cercle rouge**), ce qui constitue 1 des 3 définitions possibles d'un patron vasculaire atypique ;
- la présence de "vaisseaux linéaires et irréguliers" (**flèches violettes**) de forme serpentine avec angulations multiples et un calibre parfois variable sur leur trajet, ce qui constitue une autre des 3 définitions possibles d'un patron vasculaire atypique ;
- la présence d'un "polymorphisme vasculaire" qui se traduit par la présence, au sein d'une même lésion, de plus de 2 types morphologiques de vaisseaux et qui constitue la 3^e définition possible d'un patron vasculaire atypique. Ici s'associent des vaisseaux linéaires et irréguliers (**flèches violettes**), des vaisseaux en forme de virgule (**flèches orange**), des vaisseaux en points et globules (**flèches vertes**) ;
- enfin, on note une tache bleutée sans structure (**dans le cercle bleu**) qui, associée au fond brun bleuté (**dans le cercle brun**), évoque la présence de pigment (on parle de "restes de pigmentation") dans la tumeur, ce qui oriente vers le diagnostic des tumeurs malignes pigmentogènes.

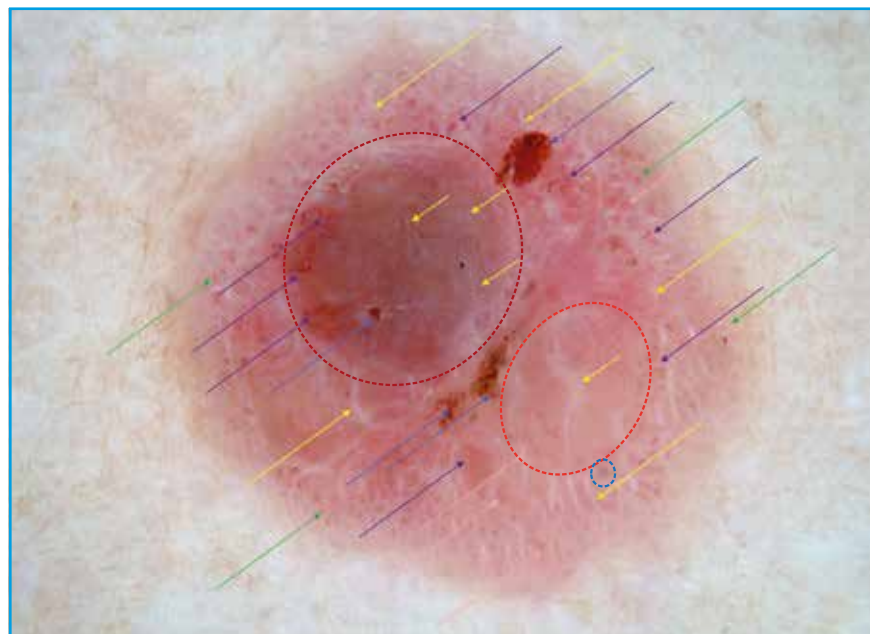


Fig. 4.

Ces éléments sont très évocateurs d'une tumeur cutanée maligne (ulcération + une "clé blanche" + patron vasculaire atypique dans ses 3 définitions possibles). La présence de pigment ("restes de pigmentation") permet de suspecter plus

particulièrement l'une des 3 tumeurs achromiques souvent partiellement pigmentées en dermoscopie : le carcinome basocellulaire, la maladie de Bowen et, bien sûr, le mélanome. Dans ce cas particulier, le mélanome est le diagnostic

le plus vraisemblable car la maladie de Bowen n'est pas aussi nettement papuleuse et les carcinomes basocellulaires de petite taille n'ont, en général, pas un patron vasculaire atypique mais plutôt des vaisseaux arborescents (*cf. fiche n° 6*).

Le diagnostic dermoscopique des tumeurs achromiques malignes

L. THOMAS

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

La dermoscopie reflète l'anatomie, les propriétés optiques de la peau et des chromophores qui y sont inclus, c'est ainsi que la présence de mélanine dans la peau ou les annexes va composer des patrons dermoscopiques pigmentés qui ont été abordés dans toutes les fiches précédentes de cette série.

Mais il existe d'autres chromophores naturels dans la peau qui ont aussi une traduction dermoscopique : ce sont la kératine (blanche et translucide quand elle est "vivante", orangée quand elle "morte", et blanche et opaque lorsqu'elle est "en desquamation"), le sébum (orange), le sérum (orange) et l'hémoglobine.

L'hémoglobine intracellulaire apparaît rouge alors qu'elle apparaît brune ou noire lorsqu'elle est extracellulaire.

Avec cette fiche sur le diagnostic dermoscopique des tumeurs achromiques malignes s'ouvre le chapitre des patrons vasculaires appréciés par la présence d'hémoglobine intracellulaire dans les structures vasculaires cutanées visibles en transparence.

Anatomie

Un préambule anatomique est indispensable si l'on veut bien comprendre le cheminement diagnostique dermoscopique devant une lésion cliniquement achromique :

- sauf dans les tumeurs ou malformations vasculaires ("angiomes"), les vaisseaux observés en dermoscopie ne sont pas partie constituante de la tumeur observée mais sont au contraire soit des vaisseaux normaux de la peau déformés ou modifiés par la présence de la tumeur (*cf. fiche de dermoscopie n° 13*), soit des néo-vaisseaux présents dans la stroma-réaction tumorale et en constituant le microenvironnement vasculaire ;
- en conséquence, les images dermoscopiques vasculaires ne sont, dans la plupart des lésions achromiques – et singulièrement dans les lésions cutanées malignes épithéliales, mélaniques et conjonctives – que le reflet indirect des contours de la tumeur et de son potentiel à susciter un phénomène de néovascularisation et non un effet direct de la présence des cellules tumorales elles-mêmes ;
- c'est ainsi que l'observation des structures vasculaires, constituée généralement de symptômes non spécifiques et peu discriminants sur le plan nosologique, ne pourra donner qu'une appréciation indirecte de la nature tumorale.

C'est donc bien souvent vers une liste de diagnostics différentiels possibles, plutôt que vers un diagnostic étiologique unique, que va nous entraîner cette analyse sémiologique.

Dans cette première fiche (n° 12), nous aborderons uniquement les éléments sémiologiques "généralistes" orientant vers le diagnostic de pathologie cutanée maligne et devant systématiquement conduire à une biopsie. Dans la prochaine fiche (n° 13), nous aborderons certains aspects vasculaires plus évocateurs de telle ou telle lésion (ou groupe nosographique de lésions), qu'elle soit maligne ou bénigne.

En règle générale, les signes vasculaires envisagés dans ce chapitre sont principalement liés à la néo-vascularisation tumorale alors que les signes vasculaires que nous étudierons dans la prochaine fiche sont plus liés à l'impact de la tumeur sur les structures vasculaires physiologiques de la peau.

Technique dermoscopique

Il est important de noter que les modalités d'examen modifient de manière importante les éléments sémiologiques observés, en particulier en cas de

Fiche pratique

tumeur achromique. Le chromophore étant intravasculaire et les vaisseaux compressibles, l'examen dermoscopique devra s'attacher à modifier le moins possible les structures vasculaires en exerçant soit aucune pression (dermoscopie sans contact et en lumière polarisée), soit, en dermoscopie de contact, le moins de contrainte mécanique possible sur la lésion en utilisant un gel d'immersion épais type gel d'échographie (non coloré) ou gel hydroalcoolique suffisamment visqueux (Pural). En outre, la plupart des lésions achromiques étant papuleuses, il faudra prêter une attention particulière à la pression exercée par l'outil sur la zone la plus en relief afin de ne pas y masquer les signes vasculaires.

L'une des clés diagnostiques pour le patron vasculaire dermoscopique malin étant la présence de lignes blanches brillantes, l'usage d'un dermoscope à lumière polarisée, en contact ou sans contact, est indispensable à une bonne analyse sémiologique des tumeurs cutanées achromiques.

L'examen dermoscopique se fera enfin sous différents angles d'observation afin de mieux apprécier l'aspect tridimensionnel de la répartition des structures vasculaires au sein de la lésion et d'en observer toutes les caractéristiques géométriques.

La prise de photodermoscopies de qualité des tumeurs achromiques, notamment pour leur usage en télémedecine, ne peut se faire qu'en combinant contact avec faible appui + immersion dans un gel épais + polarisation.

Le tableau dermoscopique "généraliste" vasculaire "malin"

Le tableau vasculaire généraliste malin (on devrait dire "suspect de malignité") est non spécifique et commun à toutes les tumeurs cutanées malignes primi-

tives (mélanome, carcinome spinocellulaire, carcinome basocellulaire avancé, carcinome neuroendocrine, tumeur annexielle maligne avancée,

sarcome, etc.) et secondaires (métastase quelle que soit la nature de la tumeur primitive) et à une tumeur bénigne, le granulome pyogénique (ou



Fig. 5.



Fig. 6.

“botryomycome”). Il est constitué de 3 “clés diagnostiques” et de 3 patrons vasculaires possibles. Leur association est fréquente mais la présence indivi-

duelle de chacune des clés et de chacun des 3 patrons vasculaires atypiques est suffisante pour soulever l’hypothèse d’une tumeur achromique maligne et

donc conduire à une biopsie/exérèse pour examen histopathologique.

1. Les deux “clés blanches”

Elles ne sont pas vasculaires mais tissulaires. La présence de l’une ou l’autre suffit à rendre une lésion cliniquement achromique dermoscopiquement suspecte de malignité.

● Les lignes blanches brillantes (“chrysalides”)

Ces lignes blanches brillantes, parfois appelées “chrysalides”, ne sont observables qu’en lumière polarisée. Elles participent à l’image de dépigmentation pseudo-cicatricielle observée sur les lésions mélaniques régressives (cf. fiches n° 3, 6 et 10) et dans le dermatofibrome (cf. fiche n° 8). Elles traduisent une fibrose dermique, elles peuvent donc être traumatiques mais elles sont bien souvent le signe des remaniements inflammatoires péritumoraux observés dans les tumeurs malignes (fig. 5 à 7).

● Les cercles blancs

Ces cercles blancs traduisent la présence d’une hyperkératose tubulaire le long des annexes pilaires observée “d’au-dessus”, ce qui explique leur forme dermoscopique. Ils sont observés dans les carcinomes spinocellulaires, en général à un stade plutôt précoce de leur développement (fig. 7 et 8).

2. La clé “ulcération”

La présence d’une ou de multiples érosions/ulcérations, parfois de très petite taille, sur une lésion elle-même maculeuse ou papuleuse mais très peu étendue, est un signe non spécifique mais évocateur de malignité. Elles se caractérisent en dermoscopie par leurs limites très nettes et leur couleur brune (fibrino-cruorique), orange (sérum) ou rouge (récente) (fig. 9 à 11). Parfois, le saignement qui s’en échappe se mélange au liquide d’immersion (fig. 12).

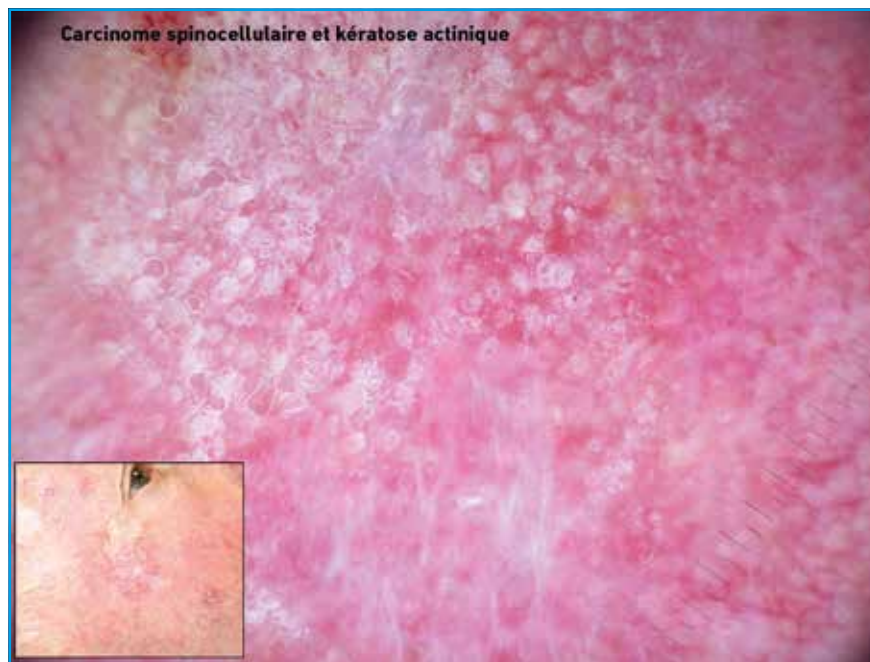


Fig. 7.

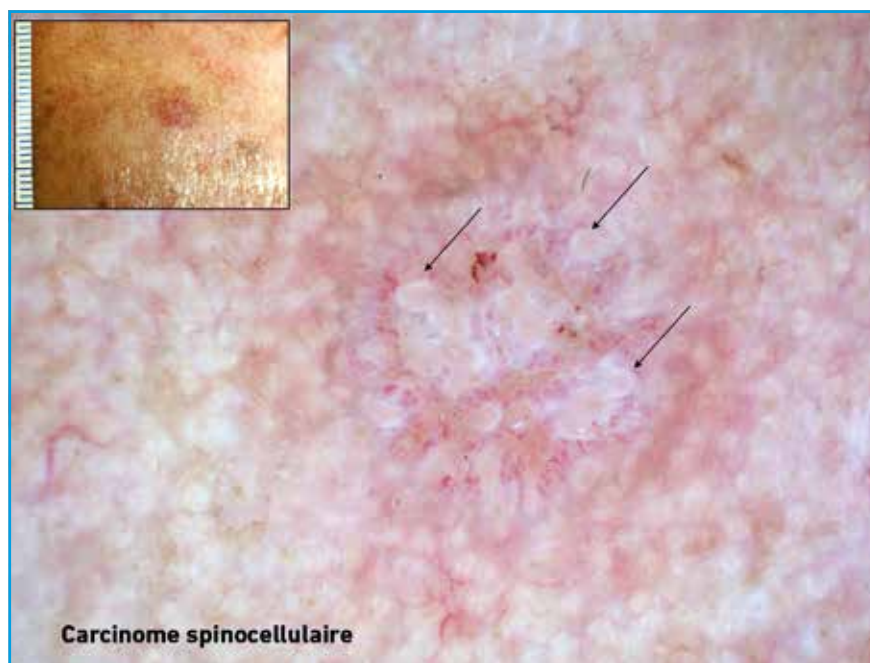


Fig. 8.

Fiche pratique

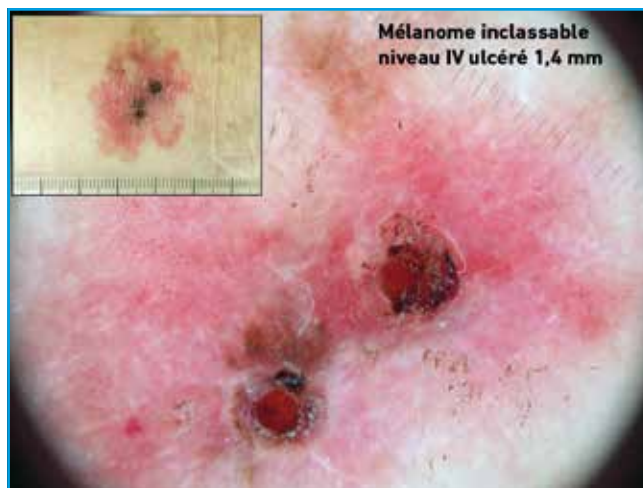


Fig. 9.



Fig. 10.

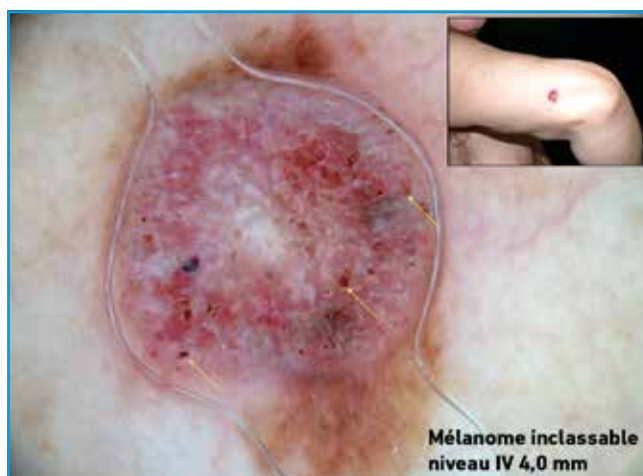


Fig. 11.



Fig. 12.

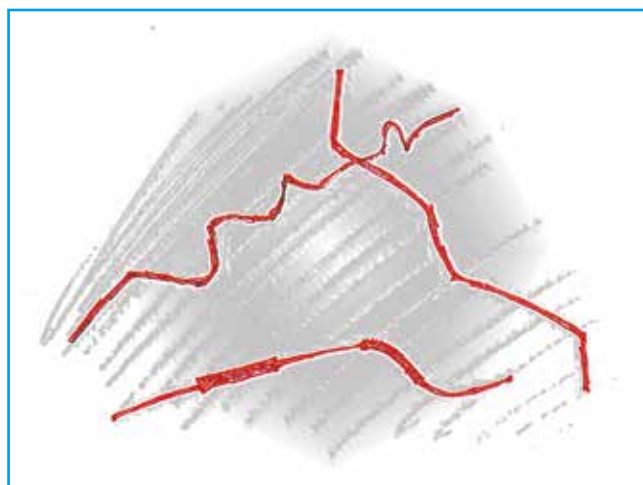


Fig. 13.



Fig. 14.



Fig. 15.



Fig. 16.

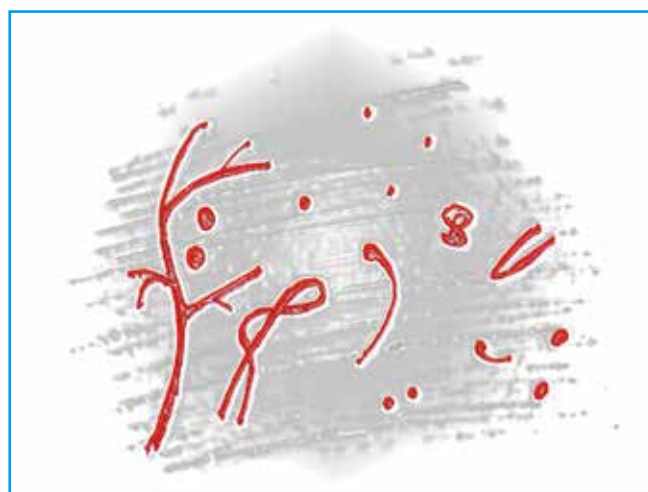


Fig. 17.



Fig. 18.



Fig. 19.

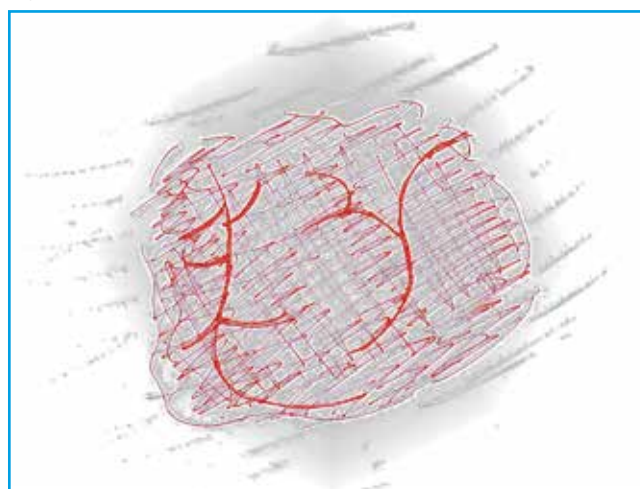


Fig. 20.

Fiche pratique

3. Les trois patrons vasculaires atypiques

Dans les tumeurs cutanées achromiques, le dessin des parcours vasculaires va permettre de repérer des structures vasculaires physiologiques bien souvent modifiées par la présence de la tumeur (cf. *fiche n° 13*) et des aspects (néo-) vasculaires pathologiques suspects de malignité. Ces 3 patrons vasculaires atypiques ne sont pas spécifiques d'un type tumoral et peuvent être observés dans le granulome pyogénique qui est donc dermoscopiquement totalement indistinguable d'une tumeur maligne. Leur présence est parfois combinée au sein d'une même tumeur suspecte mais

la présence d'un seul des 3 suffit à suggérer la malignité.

● Les vaisseaux linéaires et irréguliers ("serpentins")

Ces vaisseaux ont 2 caractéristiques morphologiques : leur parcours sinueux, serpenté avec angulations multiples et leur calibre pouvant varier le long de leur trajet (*fig. 13 à 16*). Il s'agit de néo-vaisseaux intra- et pérítumoraux.

● Le polymorphisme vasculaire

La présence de différents types vasculaires "physiologiques" (cf. *fiche*

n° 13) – points et globules, glomérules, en épingle à cheveu, arborescents, en forme de virgule ou à fortiori "pathologiques" (linéaires et irréguliers : "serpentins") – en nombre élevé, en règle à partir de 3, constitue un second critère vasculaire de suspicion de malignité (*fig. 17 à 19*).

● Les zones rouge laiteux

Il s'agit de zones présentant plusieurs tons de rose avec un voile blanchâtre lui-même d'intensité variable. Ce voile blanchâtre est le plus souvent parcouru de fines télangiectasies comme l'objectivent les *figures 20 à 25*.



Fig. 21.

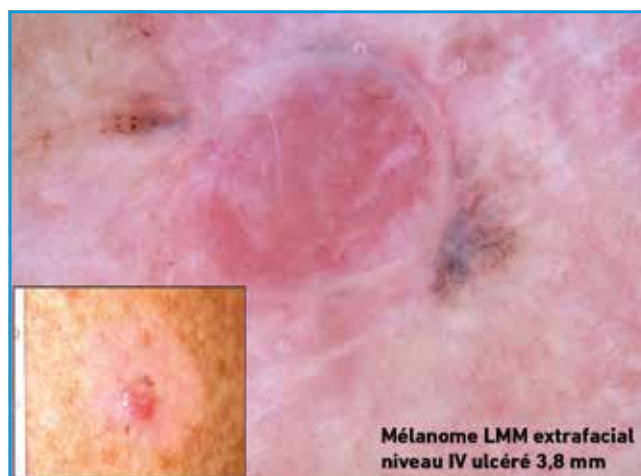


Fig. 22.

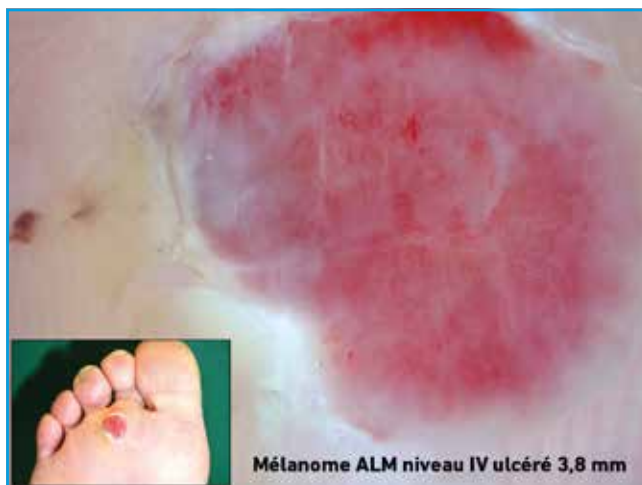


Fig. 23.



Fig. 24.

POINTS FORTS

- Les **lésions cutanées achromiques** sont de diagnostic étiologique difficile et **l'examen dermoscopique permet généralement d'évoquer une liste de diagnostics différentiels** plutôt qu'une hypothèse unique.
- Devant une lésion achromique, **2 "clés blanches" (les cercles blancs et les lignes blanches brillantes)** et la **présence d'ulcération(s)** doivent être recherchés et leur présence définit une **lésion suspecte de malignité**.
- La présence d'un seul des **3 patrons vasculaires atypiques** – **zone rouge laiteuse, polymorphisme vasculaire** (plus de 2 types de vaisseaux dans une seule lésion), présence de **vaisseaux linéaires et irréguliers ("serpentins")** – définit également une lésion suspecte.
- La présence dermoscopique, au sein d'une lésion cliniquement achromique, de **"restes de pigmentation"** orientera plutôt vers un **mélanome**, un **carcinome basocellulaire** (ou annexiel) ou une maladie de **Bowen**.
- La présence de **cercles blancs** orientera vers un **carcinome spinocellulaire**.
- Le **granulome pyogénique** est dermoscopiquement **indistinguable d'une tumeur maligne** et son examen anatomopathologique est fortement recommandé.



Fig. 25.

Les signes orientant vers un diagnostic étiologique "plus resserré"

Comme nous l'avons vu, les patrons vasculaires atypiques et 2 des 3 "clés" ne sont pas spécifiques, aussi certains éléments supplémentaires permettront par-

fois de restreindre la liste des diagnostics différentiels possibles.

1. Les "restes de pigmentation"

Alors que la lésion apparaît cliniquement achromique, il est parfois possible, comme dans le cas introductif, que la dermoscopie objective des zones discrètement pigmentées en brun, noir ou bleu. On parle improprement de "restes" de pigmentation alors que la dermoscopie n'est pas un examen dynamique et qu'il est impossible de savoir si la lésion a été antérieurement davantage pigmentée.

Dans ces cas, le diagnostic devra envisager plutôt :

- un mélanome ;
- un carcinome basocellulaire ;
- une maladie de Bowen ;

– certaines tumeurs annexielles sudorales.

Dans le mélanome, cette pigmentation n'a généralement pas de disposition spécifique (fig. 5) mais elle peut, rarement, reproduire des éléments sémiologiques évocateurs (fig. 26). Elle peut traduire, par sa couleur bleue, la profondeur de la lésion (fig. 24) et, dans certains cas, elle est granuleuse, traduisant une mélanophagie (fig. 27).

Dans le carcinome basocellulaire et les tumeurs annexielles, la présence de globules ou de nids ovoïdes gris bleuté ou d'images foliacées (ou digitées) sera évocatrice (cf. fiche n° 6).

Dans la maladie de Bowen, la présence de points gris disposés en lignes, souvent

Fiche pratique



Fig. 26.

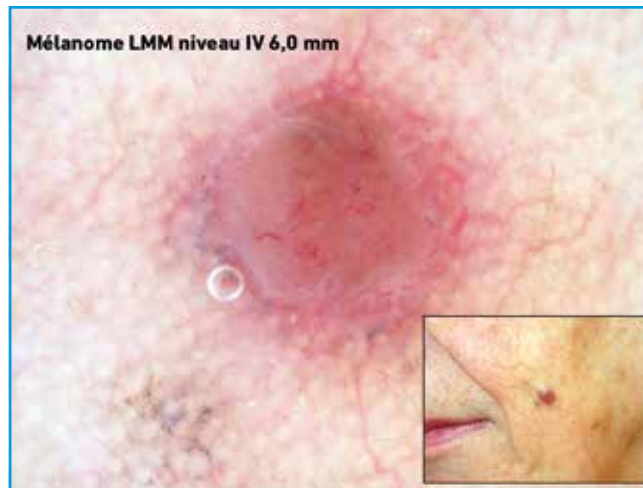


Fig. 27.

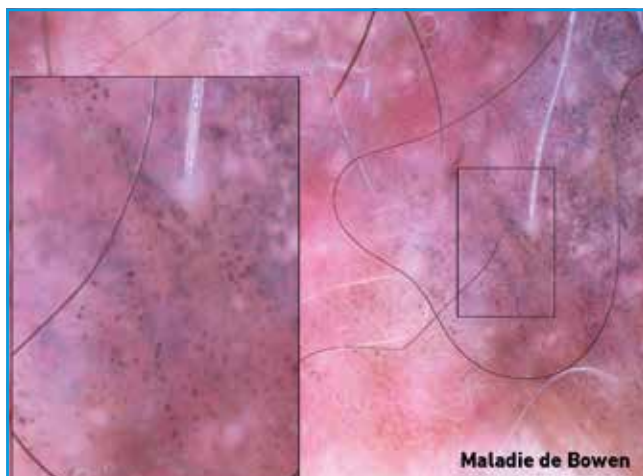


Fig. 28.



Fig. 29.



Fig. 30.



Fig. 31.

en périphérie de la lésion, est évocatrice (*fig. 28*).

2. Les cercles blancs

Comme vu plus haut, ils sont évocateurs d'un carcinome spinocellulaire.

3. Les vaisseaux “en tire-bouchon”

Ils seraient plus évocateurs d'une métastase et en particulier d'une métastase cutanée achromique de mélanome, mais ils ne sont pas spécifiques et sont morphologiquement difficiles à distinguer des vaisseaux linéaires et irréguliers (*fig. 29*).

4. La “collerette”

La présence d'une collerette cornée cerclant une lésion achromique avec un

patron vasculaire rouge laiteux, avec ou sans images de lignes blanches brillantes, orienterait davantage vers le diagnostic de granulome pyogénique (*fig. 30*), elle n'est toutefois pas systématiquement présente (*fig. 31*). Néanmoins, sa présence n'est en rien spécifique et peut tout à fait être observée dans un authentique mélanome achromique (*fig. 23*).

Il est donc prudent de systématiquement adresser tout “granulome pyogénique”, notamment en région acrale, pour un examen anatomopathologique, surtout si le patient est adulte et si la lésion est unique.

5. Les “fibres textiles collées”

Ce signe n'est spécifique d'aucun diagnostic mais il est très souvent cité. Il s'agit de fibres textiles restées collées

à la lésion. Elles traduisent donc une lésion suintante, ce qui est très commun et observé dans les mélanomes ulcérés, les carcinomes ulcéro-bourgeonnants, les granulomes pyogéniques et dans toutes sortes de pathologies dans certaines topographies “humides” (*fig. 23, 24 et 30*).

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