Fiche pratique

Fiche de dermoscopie n° 13

Cas clinique

Il s'agit d'une femme de 77 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 80 % intérieure et ses loisirs ensoleillés sont modérés. Elle n'a pas d'antécédent dermatologique personnel ou familial et consulte pour une lésion unique, rouge, découverte il y a un peu plus d'un an sur la face interne du 1/3 supérieur de sa jambe droite et qui s'étend lentement (***fig. 1***). Elle ne ressent ni douleur ni prurit mais avoue excorier la lésion de temps en temps par grattage "machinal". Il n'y a jamais eu de saignement important.

Son médecin traitant lui a donné une préparation imidazolée dans l'hypothèse d'une "mycose" mais ce traitement n'a pas été efficace, ce qui le conduit à vous l'adresser.

L'examen cutané corps entier ne retrouve aucune lésion similaire sur l'ensemble du tégument et il n'y a pas d'autre altération significative sur le reste de la peau. 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 ?

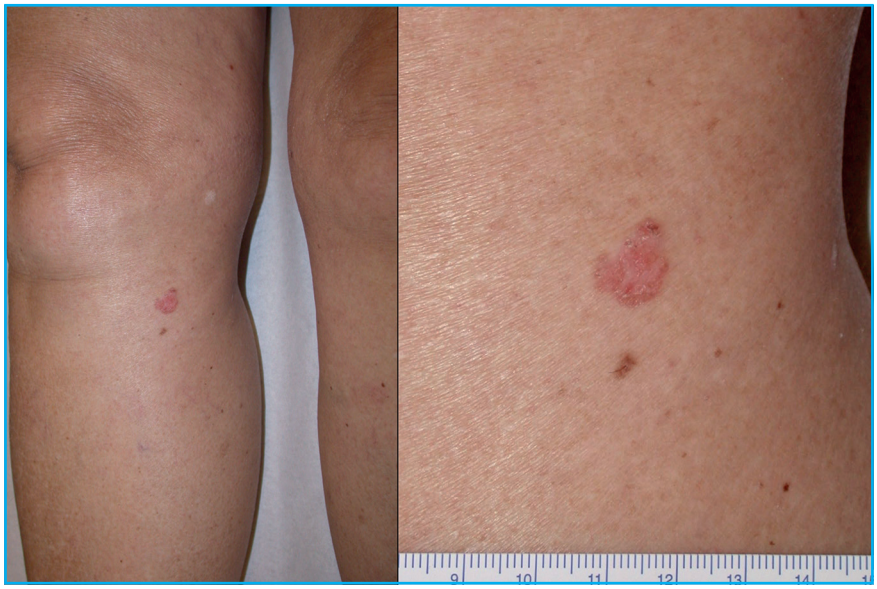

Fig. 1.

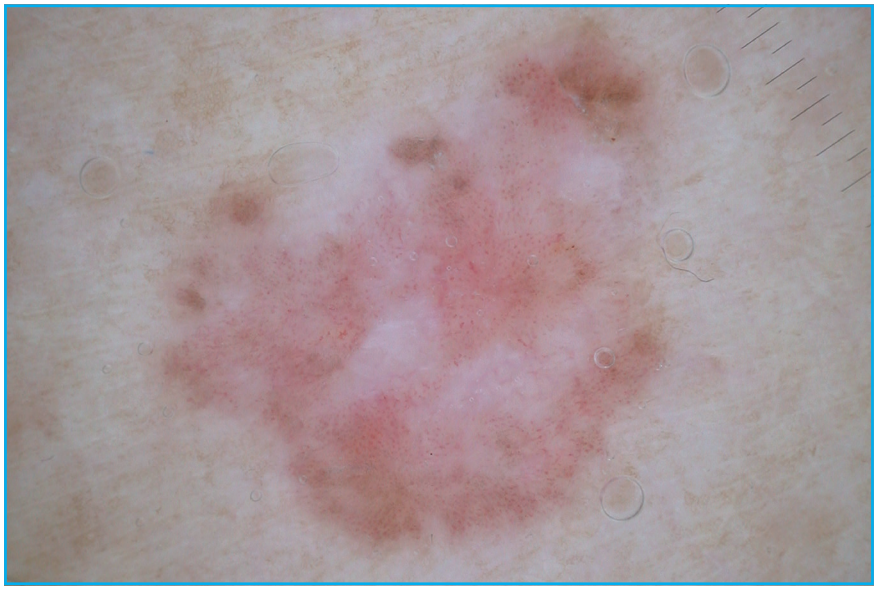

Fig. 2.

Fiche pratique

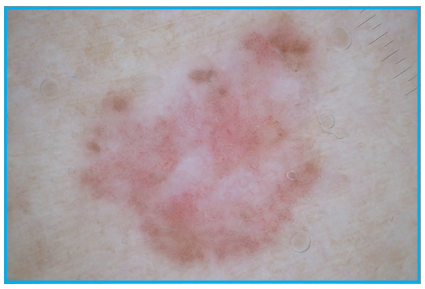

Fig. 3.

Solution

1. Quel est votre diagnostic ? (*fig. 3*)

Cette lésion est unique, elle survient dans une zone d'exposition solaire intermittente chez une patiente de 77 ans (***fig. 1***). Elle est cliniquement érythémato-squameuse, bien limitée et semble excoriée à la partie supérieure. Elle ne paraît pas pigmentée. Son caractère unique est en faveur d'une lésion "tumorale" et plutôt contre une pathologie cutanée inflammatoire mais sans totalement en éliminer l'hypothèse. Elle est cliniquement compatible avec un carcinome basocellulaire érythémateux ou une maladie de Bowen.

L'examen dermoscopique objective des vaisseaux arrondis de taille variable groupés en bouquets, quelques squames (toutefois moins bien visibles en dermoscopie qu'à l'œil nu) et quelques zones pigmentées brun-gris principalement en périphérie. Tous ces éléments suggèrent le diagnostic de maladie de Bowen.

2. Quelle est votre proposition de prise en charge ?

Une biopsie partielle confirmera le diagnostic de maladie de Bowen (ou carcinome spinocellulaire intraépidermique). La lésion sera traitée par des applications de 5-fluorouracile topique à 5 % pendant 4 semaines mais d'autres alternatives thérapeutiques auraient été licites.

La consultation de contrôle à 6 mois puis à 18 mois ne montrera pas de récidive locale ni d'apparition de nouvelle lésion similaire.

Commentaires

Sur la dermoscopie en polarisation + immersion (***fig. 4***), on observe :
– des images vasculaires arrondies de diamètre variable groupées "en bouquets" (***cercles rouges***) séparées par des zones sans structure hypochromes ou achromiques (***flèches vertes***) ;
– à plus fort grossissement (***cartouche violet "A"***) les structures vasculaires sont pelotonnées, de taille variable et séparées les unes des autres par des espaces plus clairs. La morphologie de ces vaisseaux est dite "glomérulaire" ;
– des zones, principalement périphériques, d'hyperpigmentation brun-grisâtre (***flèches jaunes***) ;
– à plus fort grossissement (***cartouche orange "B"***) ces zones d'hyperpigmentation sont formées de lignes parallèles de points brun-gris disposées radialement par rapport à la lésion ;
– des squames (***flèches bleues***).

Le triptyque dermoscopique vaisseaux "glomérulaires" + pigmentation en lignes de points gris-brun radiaires + squames est typique de la maladie de Bowen. Il s'agit d'une des situations diagnostiques au cours desquelles les vaisseaux normaux de la peau – ici les vaisseaux des papilles dermiques – se trouvent altérés dans l'environnement tumoral de manière parfois suffisamment spécifique pour suggérer un ou quelques diagnostics.

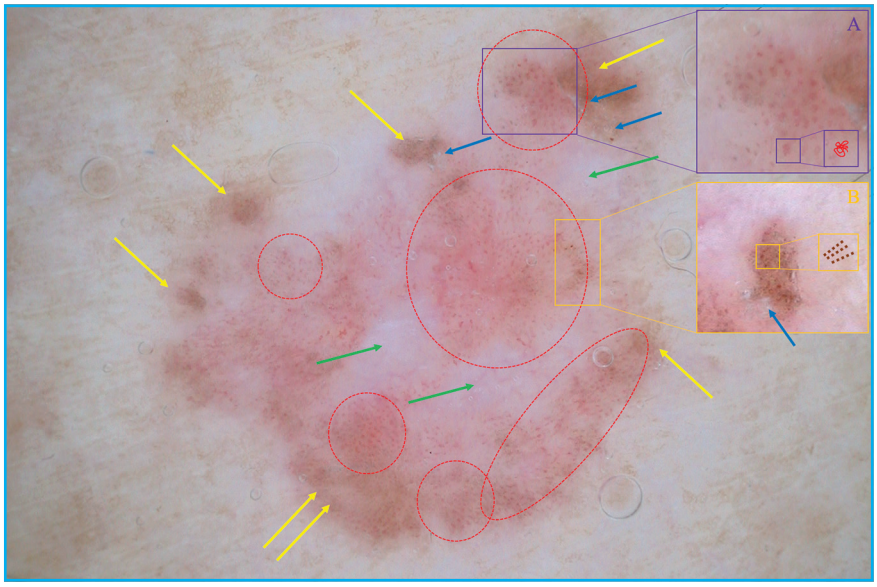

Fig. 4.

Les patrons dermoscopiques "spécifiques" (liés aux altérations des vaisseaux normaux de la peau dans l'environnement tumoral)

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 les 12 fiches précédentes de cette série. Mais il existe d'autres chromophores naturels dans la peau qui ont aussi une traduction dermoscopique. L'hémoglobine intracellulaire (dans les globules rouges circulants) apparaîtra rouge en dermoscopie alors qu'elle sera violette, brune ou noire en position extracellulaire.

Trois types vasculaires peuvent être observés en dermoscopie :
– des vaisseaux proprement tumoraux ou malformatifs dans les angiomes, angiokératomes et autres lésions de nature vasculaire (*cf. fiche à venir "patron sacculaire"*) ;
– des néo-vaisseaux présents dans le stroma des tumeurs, le plus souvent malignes, constituant les patrons vasculaires atypiques abordés dans la *fiche n°12* ;
– les vaisseaux naturels papillaires ou sous-papillaires de la peau qui apparaîtront dilatés et bien souvent déformés au voisinage d'une tumeur ou d'un processus pathologique et qui font l'objet de ce chapitre.

Anatomie

Un préambule anatomique est indispensable si 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 (sujet de cette fiche), soit des néo-vaisseaux présents dans la stroma-réaction tumorale et en constituant le microenvironnement vasculaire (*cf. fiche n°12*) ;
– 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 la première fiche (n°12) nous avons abordé uniquement les éléments sémiologiques "généralistes" orientant vers le diagnostic de pathologie cutanée maligne et devant systématiquement conduire à une biopsie ;
– dans celle-ci nous aborderons certains aspects vasculaires plus évocateurs de telle ou telle lésion (ou groupe nosographique de lésions) qu'elle soit maligne ou bénigne ;
– il est toutefois abusif de parler de sémiologie "spécifique" d'un diagnostic car finalement ces altérations ne concernent que deux structures vasculaires distinctes (***fig. 5***) – les vaisseaux papillaires et les plexus horizontaux

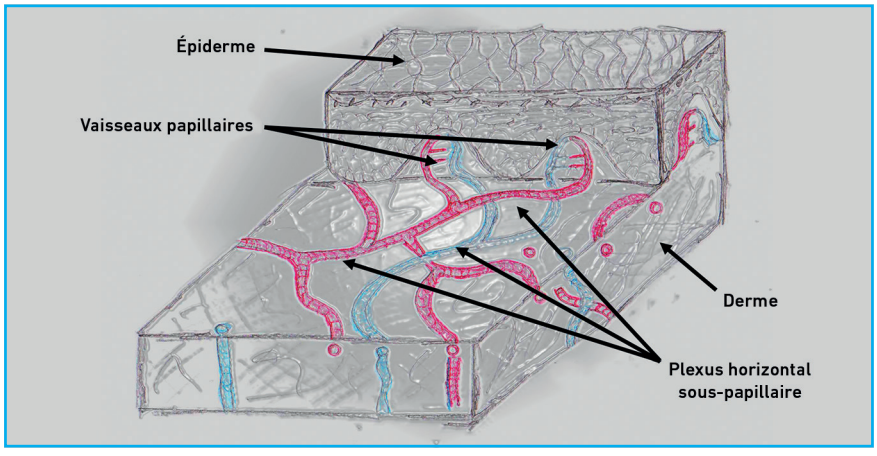

Fig. 5.

Fiche pratique

sous-papillaires – en conséquence, des images similaires sont partagées par beaucoup de pathologies différentes, mais impactant de manière similaire les vaisseaux, principalement du fait de leur situation intraépidermique ou sous-épidermique ou les deux ;
– ainsi les images dermoscopiques vasculaires, dans la plupart des lésions achromiques, et singulièrement dans les lésions tumorales bénignes ou malignes, qu'elles soient épithéliales, mélaniques ou conjonctives, ne sont que le reflet indirect des contours de la tumeur et, parfois, de son potentiel à susciter un phénomène de néo-vascularisation et non un effet direct de la présence des cellules tumorales elles-mêmes.

Les signes vasculaires envisagés dans ce chapitre sont liés à l'impact de la tumeur sur les structures vasculaires physiologiques de la peau alors que les symptômes vasculaires liés à la néo-vascularisation tumorale ont été abordés dans le précédent.

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 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 (Purel). En outre, certaines lésions achromiques étant papuleuses, il faudra, en immersion, 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'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 télémédecine, ne peut se faire qu'en combinant contact avec faible appui + immersion dans un gel épais + polarisation.

Les patrons dermoscopiques dits "spécifiques"

On a vu que ces images ne sont en aucun cas spécifiques d'un seul diagnostic mais leur présence reflète une altération des structures vasculaires normales papillaires ou sous-papillaires de la peau évocatrice d'un groupe diagnostique plus restreint que les patrons vasculaires dits "atypiques" qui, à la rare exception du granulome pyogénique près, signent la malignité de la lésion sans en prédire la nature précise. Ces images vasculaires dites "spécifiques" n'ont en revanche aucune valeur discriminative entre lésion bénigne ou maligne. Rappelons enfin que la présence de plus de deux types vasculaires dits "spécifiques" au sein d'une même lésion définit le patron vasculaire multicomposé qui est l'un des patrons vasculaires atypiques, le plus souvent malin (*cf. fiche n°12*).

1. Les vaisseaux "en virgule"

Ces structures vasculaires ont une silhouette incurvée en forme de virgule (***fig. 6***). Les différents éléments vasculaires du patron "en virgule" sont de taille variable (épaisseur et longueur) et leur forme géométrique varie en fonction de l'angle d'observation (***fig. 7 et 8*** : ***cartouche***). Sur le plan anatomique, elles correspondent à des vaisseaux papillaires extrêmement allongés vus selon différents angles d'observation. La dermoscopie étant un mode d'examen bidimensionnel de phénomènes tridimensionnels, cela explique leurs taille et épaisseur variables de l'un à l'autre et le caractère changeant de leur incurvation suivant le point de vue adopté pour l'observation. Ainsi, sur une photo instantanée, bien peu de vaisseaux d'une lésion donnée montrent en même temps la

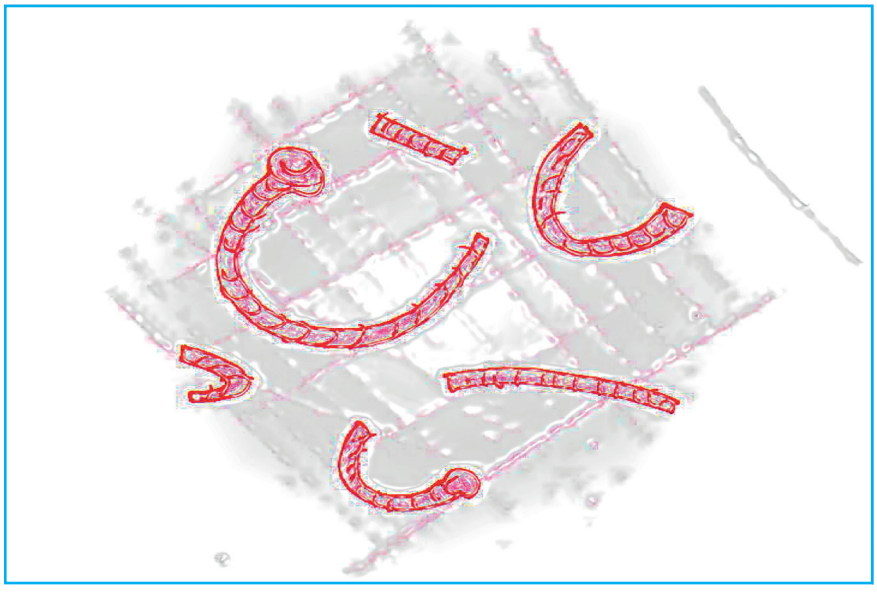

Fig. 6.

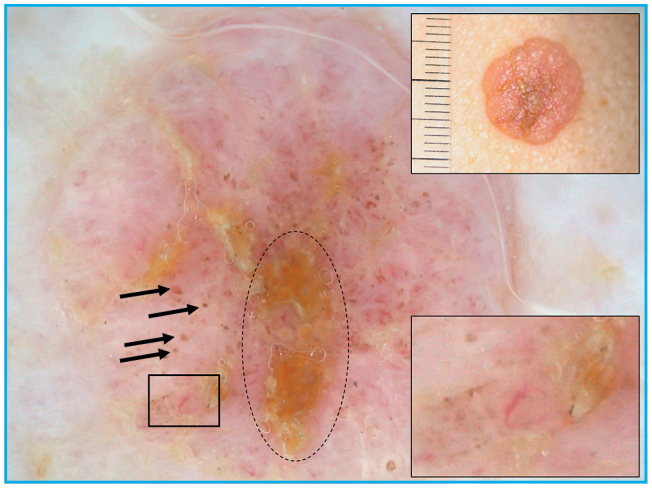

Fig. 7.

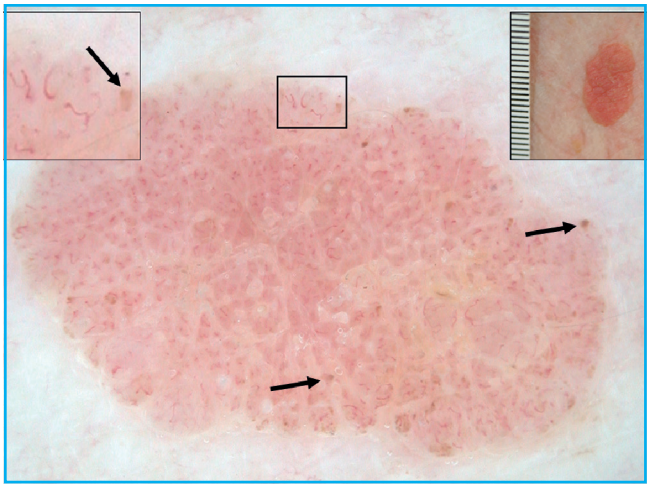

Fig. 8.

courbure typique de ces virgules, certains vaisseaux adoptant une morphologie plus rectiligne dans certaines positions du regard. C'est l'examen *live* de l'ensemble des différents points de vue, par sommation des informations perçues par l'observateur, qui permet de confirmer la présence majoritaire de virgules.

Le patron vasculaire en virgule est observé au sein des nævus pigmentaires papuleux (souvent de type congénital) et il s'explique par l'allongement spectaculaire des papilles dermiques au voisinage de la prolifération mélanocytaire dermique.

Il est habituel de retrouver quelques globules bruns dans ces lésions cliniquement achromiques (***fig. 7 et 8 : flèches***). Parfois, l'hyperkératose de surface est responsable de la présence de squames blanches ou orangées (***fig. 7 : ovale pointillé***).

2. Les vaisseaux "en points et globules"

Ces structures vasculaires sont arrondies, régulières dans leur taille et uniformément rouges ; elles sont le plus souvent disposées de manière globalement régulière et équidistante (***fig. 9***). Il s'agit également de vaisseaux papillaires mais situés au sein de lésions planes ou très peu papuleuses et observés dans l'axe de la papille, ce qui explique leur caractère équidistant. Ces vaisseaux sont observés dans tous les érythèmes inflammatoires comme le psoriasis, l'eczéma ou le lichen plan (***fig. 10*** représentant un lichen plan avec des stries de Wickham [***flèches***] caractéristiques), toutefois il ne s'agit habituellement pas de lésions uniques comme le sont volontiers les tumeurs.

En pathologie tumorale, ces vaisseaux en points et globules sont volontiers observés dans les lésions mélanocytaires cliniquement amélanotiques : les nævus et

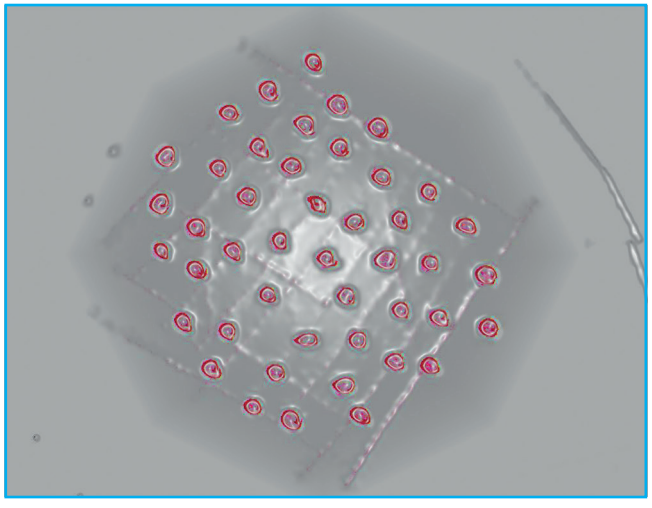

Fig. 9.

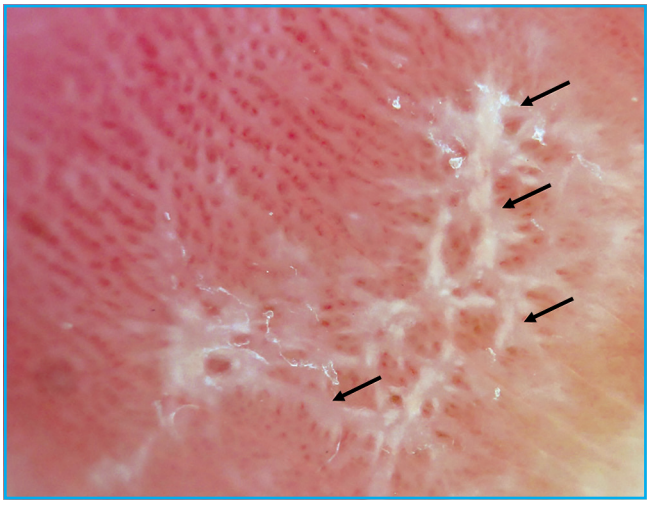

Fig. 10.

Fiche pratique

tumeurs de Spitz (***fig. 11 : cartouche***), les mélanomes achromiques plans (***fig. 12 : cartouche***) et quelques nævus pigmentaires achromiques plans. Parfois, une aide diagnostique est apportée par la présence de pigment (***fig. 11 et 12 : flèches***) qu'on appelle parfois improprement "restes de pigmentation" (personne ne pouvant affirmer qu'il y a eu un état antérieur plus pigmenté et qu'il s'agit donc de restes).

3. Les vaisseaux "glomérulaires"

Ces structures apparaissent également arrondies en dermoscopie à faible grossissement mais de taille variable et regroupées "en bouquets". C'est à fort grossissement que l'on peut observer leur aspect pelotonné qui les a fait comparer au glomérules rénaux (***fig. 13***). Ils correspondent également à des vaisseaux papillaires mais hyper-convolutés du fait de l'hyperacanthose et de la papillomatose qui caractérisent histopathologiquement la maladie de Bowen. La présence de squames irrégulières en taille et en épaisseur et, parfois, comme dans le cas introductif, la présence de discrètes lignes radiaires de points gris-brun en périphérie complètent le tableau (***fig. 2, 3, 4 et 14***).

4. Les vaisseaux "en épingle à cheveu"

Ces structures ne sont observées que sur les lésions papuleuses et correspondent également à des boucles vasculaires des papilles dermiques mais très allongées et observées de côté. On objective ainsi une papille constituée de sa boucle vasculaire en forme d'épingle à cheveu plus ou moins tarabiscotée et entourée d'un halo blanc légèrement translucide correspondant à l'épiderme vivant adjacent (***fig. 15***). Parfois, le tableau est complété par la présence de structures orangées (kératine morte) qui traduit la poursuite du processus de kératinisation qui va se terminer par la production de structures blanches opaques (kératine desquamante) (***fig. 16 et 18***). Ces images sont observées dans toutes les tumeurs kératinisantes : carcinome spinocellulaire (***fig. 16 et 17***), verrue virale (***fig. 18***), kératose séborrhéique (***fig. 19***). La surcharge pigmentaire est plutôt en faveur

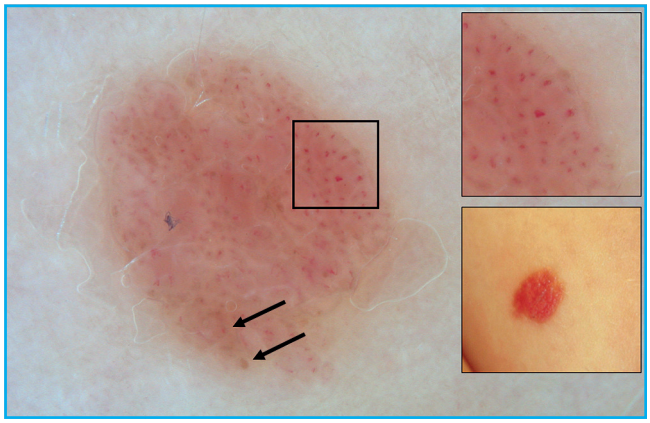

Fig. 11.

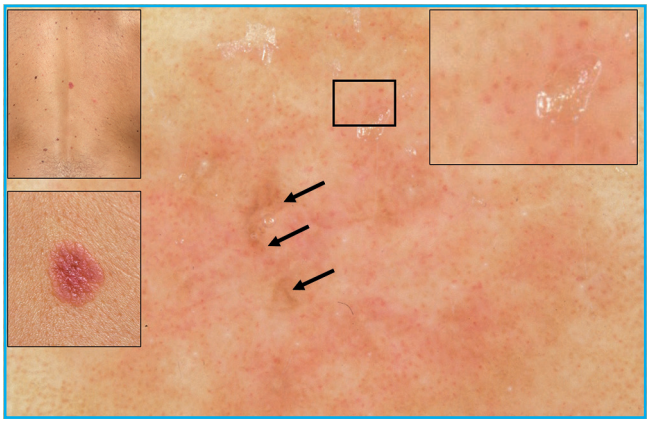

Fig. 12.

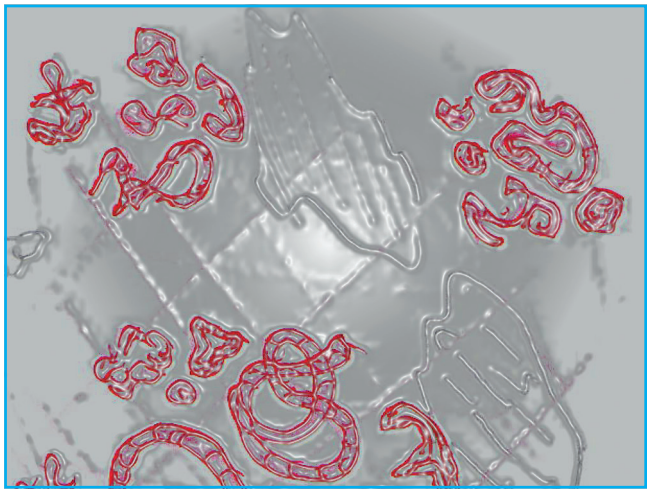

Fig. 13.

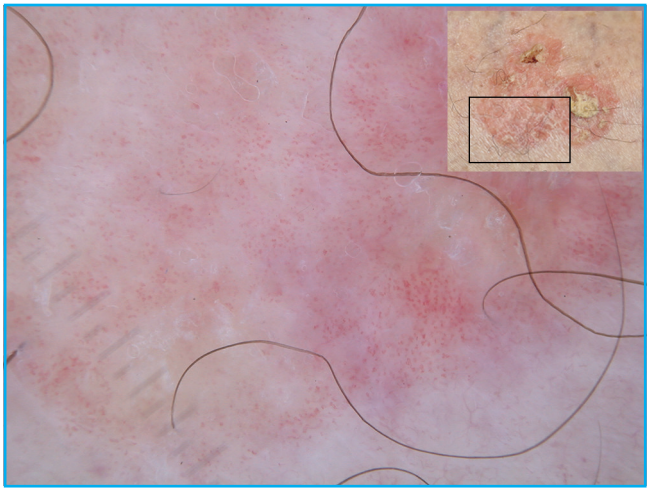

Fig. 14.

Fig. 15.

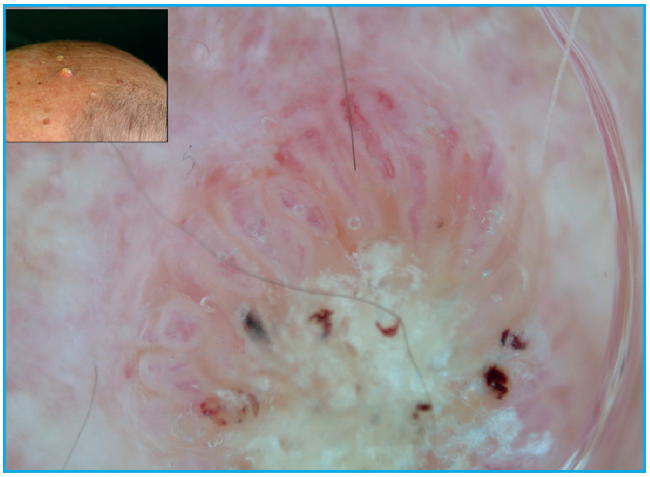

Fig. 16.

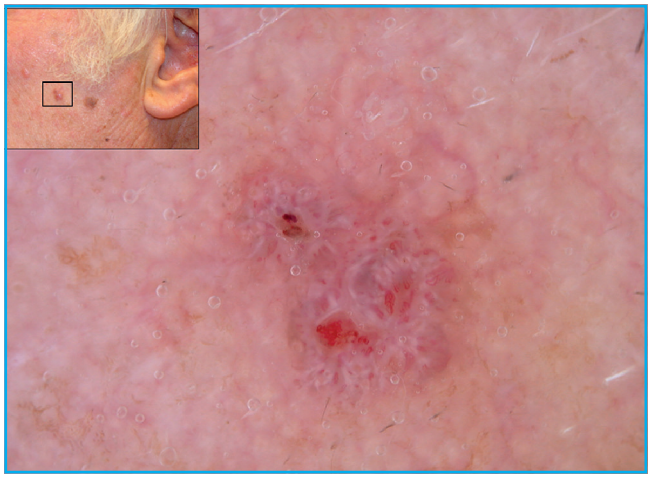

Fig. 17.

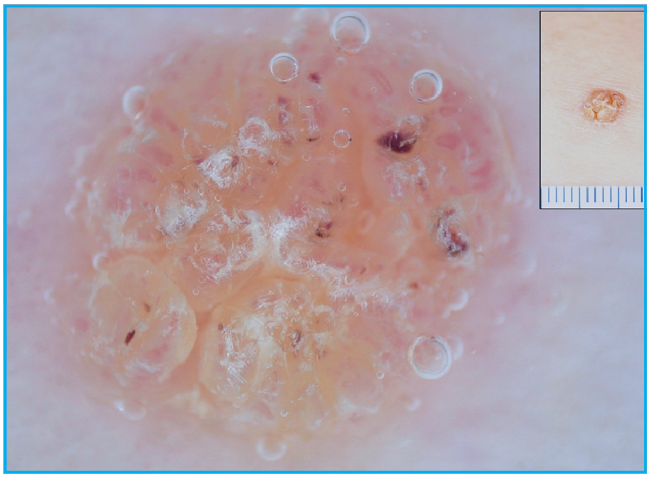

Fig. 18.

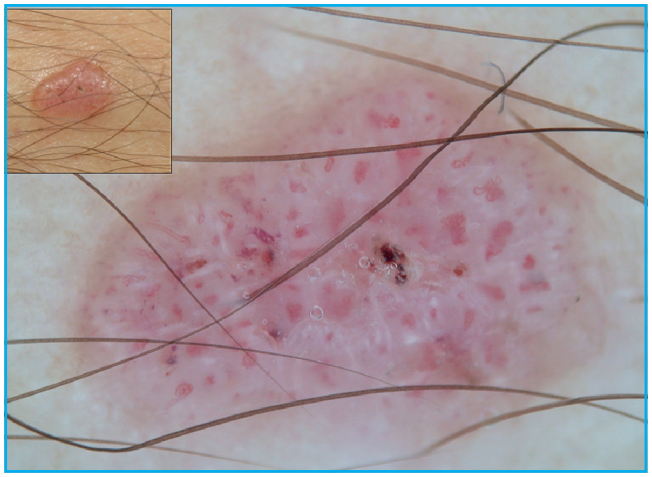

Fig. 19.

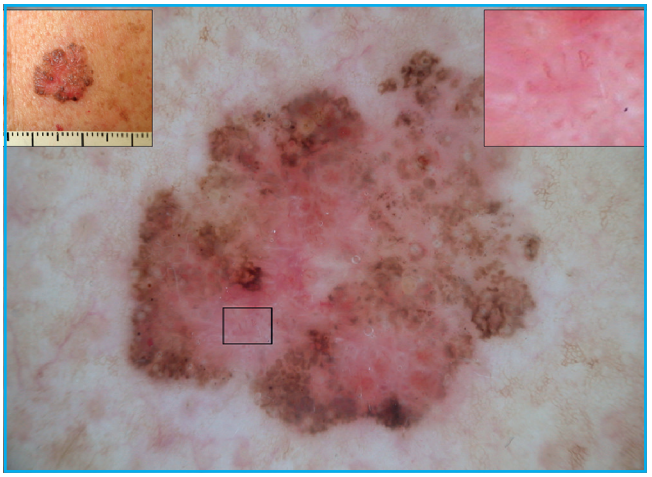

Fig. 20.

Fiche pratique

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.
- À côté des patrons vasculaires atypiques aspécifiques décrits dans la précédente fiche, existent les patrons **vasculaires improprement dits "spécifiques"** liés à l'**impact de la lésion sur les structures vasculaires physiologiques** papillaires ou sous-papillaires de la peau.
- Les **vaisseaux en virgule** sont associés aux **nævus tubéreux le plus souvent congénitaux ou de type congénital.**
- Les **vaisseaux en points et globules** régulièrement espacés correspondent à une vasodilatation des vaisseaux papillaires au sein d'une lésion plane. On les observe dans :
  — les différents érythèmes inflammatoires ;
  — les **tumeurs et nævus de Spitz** achromiques ;
  — les **nævus amélanotiques** plans ;
  — les **mélanomes achromiques** plans.
  Dans ces trois derniers cas, la lésion est habituellement unique et on peut y retrouver, inconstamment toutefois, des **"restes de pigmentation"**.
- Les **vaisseaux glomérulaires** sont de taille variable, regroupés en bouquets et associés à des **squames** et parfois de **fines lignes radiaires de points gris-brun**. Ils sont observés dans la **maladie de Bowen**.
- Les **vaisseaux en épingle à cheveu entourés d'un halo blanc** sont observés dans les tumeurs kératinisantes comme les **verrues virales**, les **kératoses séborrhéiques** et les **carcinomes spinocellulaires**. Leur disposition régulière en cercle convergeant est associée au type cratériforme du carcinome spinocellulaire.
- Les **vaisseaux arborescents** sont associés au **carcinome basocellulaire** mais également à **tous les processus qui soulèvent l'épiderme** en l'amincissant qu'ils soient bénins ou malins. Leur **disposition en couronne** est associée à l'**hyperplasie sébacée bénigne** et au ***molluscum contagiosum***.

de la kératose séborrhéique (***fig. 20***) et la présence d'un piqueté purpurique en faveur d'une verrue mais il est souvent difficile d'éliminer l'hypothèse d'un carcinome spinocellulaire, en particulier si la lésion est dermoscopiquement totalement achromique.

5. Les vaisseaux "arborescents"

Les vaisseaux arborescents correspondent aux plexus horizontaux sous-papillaires soulevés par un processus pathologique siégeant immédiatement en dessous, dans le terme réticulaire. Ils sont très nets puisque observés à travers un épiderme aminci distendu par le processus tumoral (***fig. 21***). Ils sont, bien sûr, très évocateurs de carcinome basocellulaire (*cf. fiche n°6* et ***fig. 22***) mais ne sont pas du tout spécifiques puisque observés dans tous les processus, tumoraux ou non, soulevant l'épiderme comme les cicatrices hypertrophiques ou chéloïdes, les kystes épidermoïdes, tumeur de Pinkus, dermatofibrosarcome protubérant, carcinome neuro-endocrine, tumeurs annexielles, *molluscum contagiosum*, hyperplasies sébacées, certains carcinomes spinocellulaires (***fig. 23***), etc.

Les dispositions anatomiques particulières des vaisseaux dits "spécifiques"

Les structures vasculaires observées en dermoscopie ont parfois une disposition ou un regroupement sémiologique particulier, c'est ce que nous avons vu dans la *fiche n°12* avec le patron vasculaire multicomposé (plus de deux types de vaisseaux au sein de la même lésion) ou plus haut avec la disposition "en bouquets" des vaisseaux glomérulaires de la maladie de Bowen. Il existe d'autres dispositions anatomiques particulières dont l'observation permet de restreindre la liste des diagnostics différentiels.

1. Les vaisseaux globulaires disposés en "collier de perles"

On peut dire que cette disposition est la seule qui soit quasi pathognomonique (***fig. 24***) : elle correspond à l'image dermoscopique tout à fait particulière de l'acanthome à cellules claires.

2. Les vaisseaux "arborescents disposés en couronne"

Ces vaisseaux arborescents sont également formés des plexus horizontaux sous-papillaires mais ils ont la particularité de se disposer en encorbellement en périphérie de la lésion sans jamais entrer dans la

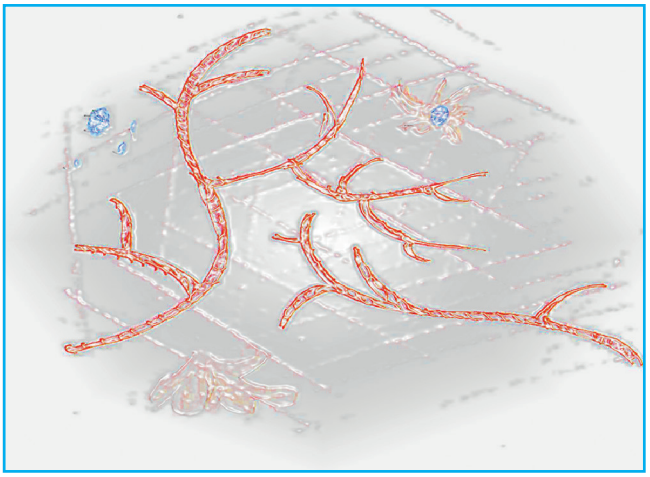

Fig. 21.

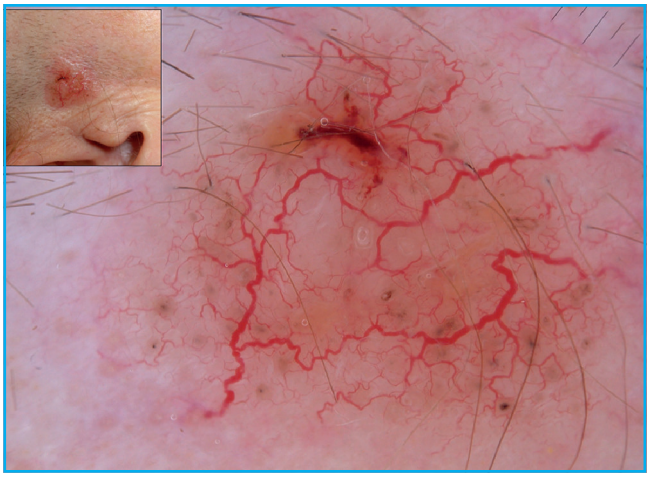

Fig. 22.

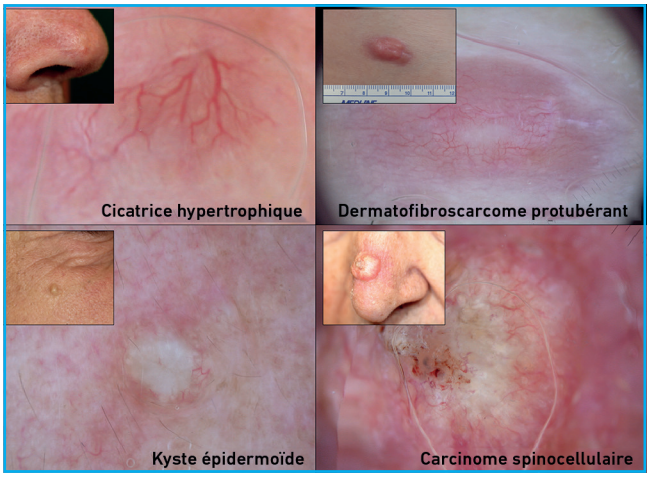

Fig. 23.

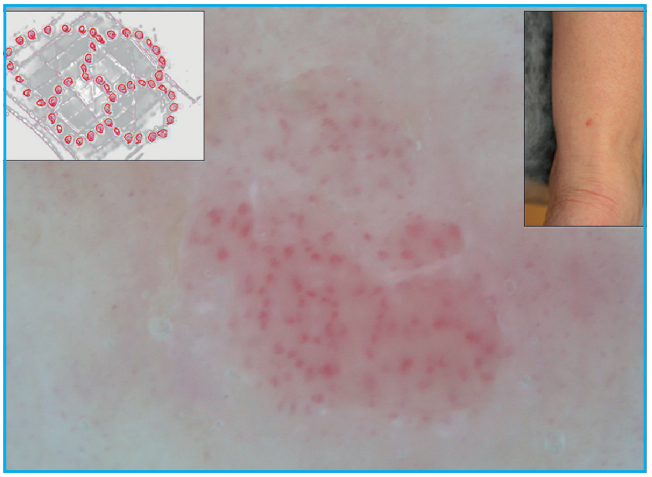

Fig. 24.

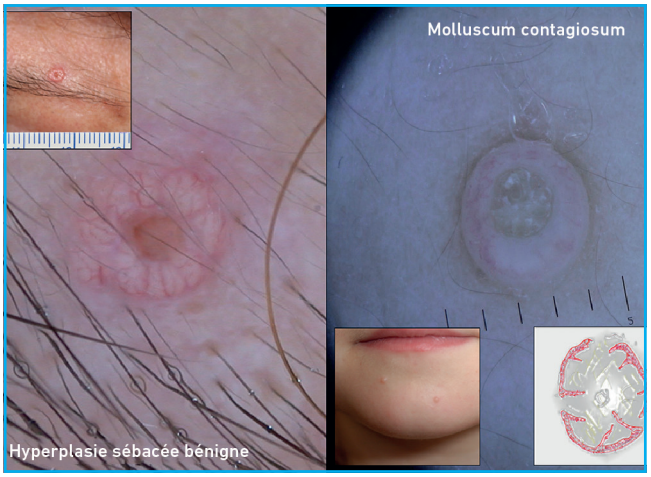

Fig. 25.

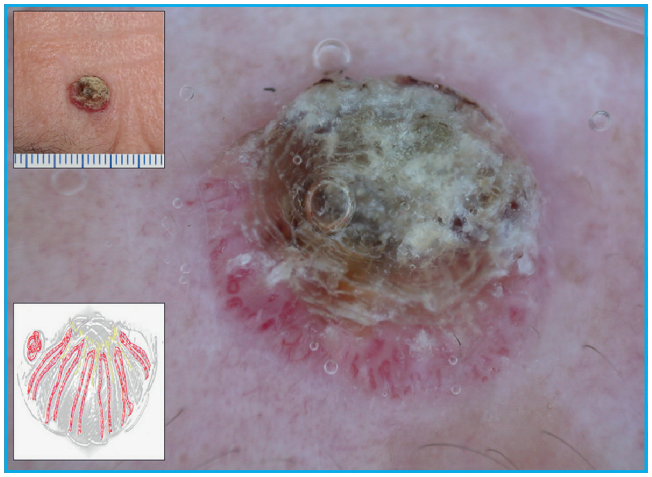

Fig. 26.

Fiche pratique

partie médiane. Cette disposition est particulière aux deux lésions ayant habituellement une ombilication en leur centre que sont l'hyperplasie sébacée bénigne ou le *molluscum contagiosum* (***fig. 25***).

3. Les vaisseaux "en épingle à cheveu" disposés en cercle régulier concentrique

Ces vaisseaux en épingle à cheveu entourés d'un halo blanc, de type papillaire, sont ici arrangés, sur la périphérie de lésion, en cercle convergeant du côté de la boucle vasculaire. Leur observation complète nécessite de prendre plusieurs points de vue autour de la lésion. Cette disposition s'observe dans les carcinomes spinocellulaires cratériformes (***fig. 26***) bien différenciés (y compris le type dit "kératoacanthome" qui n'en constitue finalement qu'une variante à croissance rapide et à évolution le plus souvent – mais inconstamment – régressive).

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