## Fiche pratique

# Fiche de dermoscopie n° 16

### Cas clinique

Il s'agit d'une femme de 34 ans, de phototype IIIb avec une aptitude moyenne au bronzage. Elle n'a jamais vécu outremer, n'a jamais fait d'UV artificiels, son activité professionnelle est à 100 % intérieure et ses loisirs ensoleillés sont modérés. Elle n'a pas d'antécédent cancérologique ou dermatologique personnel ou familial et consulte à la demande de son médecin traitant pour un *check-up* systématique de ses lésions pigmentaires, sans qu'aucune n'ait attiré son attention ou l'attention de la patiente. Elle ne signale aucun signe fonctionnel. Ni elle ni son entourage n'ont remarqué de changement du nombre, de la taille ou de l'aspect de ses lésions pigmentées. Depuis l'adolescence, elle est consciente d'avoir un nombre assez élevé (plus de 50) de nævus mais n'a jamais, jusqu'ici, pris d'avis dermatologique.

La lésion entourée par le cercle jaune (***fig. 1***) attire votre attention, elle n'a pas été particulièrement remarquée par la patiente qui en ignore l'ancienneté (localisation ne se prêtant pas bien à l'auto-examen). L'examen dermoscopique (immersion) de cette lésion est présenté sur la ***figure 2***.

Cette lésion est parfaitement plane, sa couleur ne diffère pas beaucoup de celle des autres lésions pigmentaires de la patiente et son patron dermoscopique bicomposé (réticulaire-homogène) bichrome (brun clair et brun foncé) rappelle beaucoup ce qui est observé, en dermoscopie, sur d'autres lésions dont elle est porteuse puisqu'on recense une dizaine de lésions du type A et du type D, 4 du type B et 3 du type C présentées sur la ***figure 3***.

Puisque cette lésion est plane, qu'elle n'est pas unique de son espèce dermoscopique chez cette patiente, qu'il n'existe pas chez elle de facteur de risque de mélanome connu en dehors de sa nævomatose pigmentaire profuse et qu'elle vous semble suffisamment compliante pour se présenter aux examens de contrôle planifiés, vous proposez un contrôle dermoscopique à M3 puis M12.

**Fig. 1.**

**Fig. 2.**

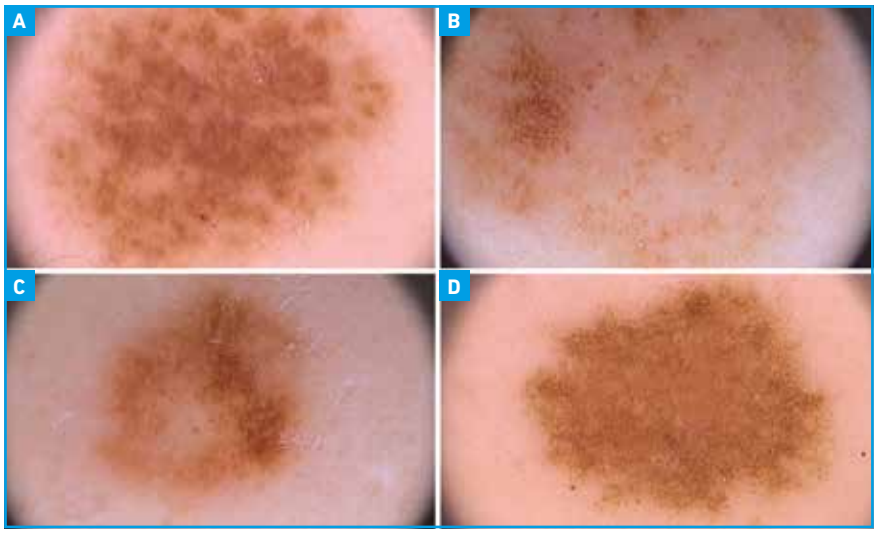


**Fig. 3.**

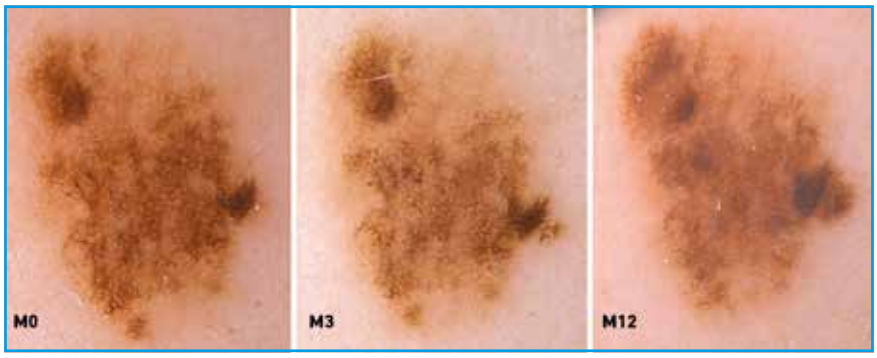


**Fig. 4.**

Les images à M0 puis M3 et M12 sont présentées sur la ***figure 4***.

**Quel est votre diagnostic ? Quelle est votre proposition de prise en charge ?**

# Fiche pratique

## Solution

**1. Quel est votre diagnostic ?** (*fig. 5*)

À M0, cette lésion peut correspondre soit à un nævus atypique/dysplasique, soit à un mélanome à un stade précoce. Cette difficulté diagnostique étant extrêmement courante sur le tronc chez les sujets jeunes, deux options sont raisonnablement possibles : soit l'exérèse immédiate, soit la surveillance dermoscopique (dermoscopie numérique) qui a été choisie ici.

À M3, nous constatons un changement sur un bord avec une extension du réseau. Cette modification est incontestablement significative, toutefois elle n'a malheureusement pas été relevée au moment de l'examen, aussi la surveillance a été poursuivie.

À M12, nous constatons un élargissement asymétrique de la lésion sous la forme d'une extension sur deux zones de sa périphérie. Ce changement significatif donne du poids à la seconde hypothèse, celle d'un mélanome.

**2. Quelle est votre proposition de prise en charge ?**

À M12, la décision de proposer une exérèse de la lésion est impérative compte tenu des caractéristiques statiques mais surtout évolutives de la lésion. Une telle décision aurait pu/dû être prise à M3.

L'examen histologique révèlera un mélanome de type SMM, non associé à un nævus préexistant, de niveau II de Clark et Mihm et de 0,3 mm d'épaisseur, non ulcéré avec un index mitotique de 0/mm$^2$ (méthode du *hot spot*). La patiente subira par la suite une reprise élargie à 1 cm puis fera l'objet d'une surveillance clinique. Elle est aujourd'hui en rémission complète à 7 ans.

## Commentaires

Cette lésion plane et irrégulièrement pigmentée est suspecte à M0 puisqu'elle présente un patron multicomposé et asymétrique : principalement réticulaire, mais aussi présence de taches hyperpigmentées sans structure et de rares globules bruns épars, l'ensemble étant disposé de manière asymétrique. Elle est bichrome (brun clair et brun foncé) et l'une des taches hyperpigmentées sans structure se trouve sur le bord de la lésion. Aussi, une exérèse immédiate n'aurait pas été une faute. Dans ce cas particulier, la présence de plusieurs autres nævus comparables ne fait donc pas de cette lésion un véritable "vilain petit canard" dermoscopique : ils sont nombreux pour les réticulaires brun clair (***fig. 3*** type D) et les *patchy* réticulaires brun clair (***fig. 3*** type A), mais on observe aussi quelques lésions multicomposées et bichromes asymétriques (***fig. 3*** types B et C).

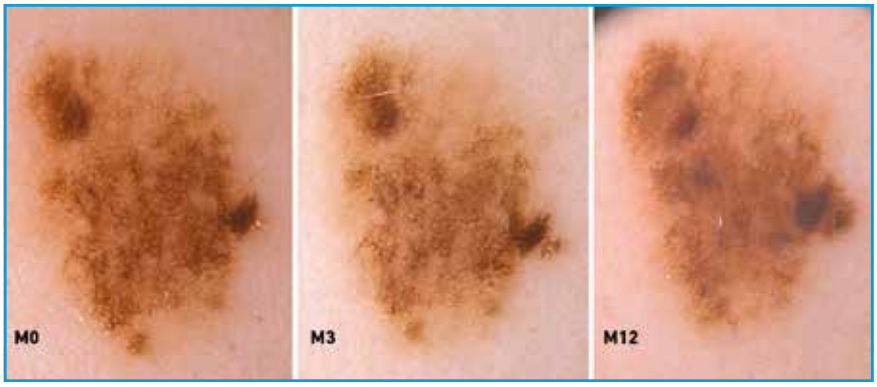


**Fig. 5.**

La lésion est plane et la patiente apparaît "fiable" pour l'observance du projet de surveillance qui lui est proposé. Par souci d'éviter si possible une cicatrice dans une zone chirurgicalement peu favorable comme le dos et chez une patiente dont le phénotype nævique l'expose à de nombreuses futures propositions chirurgicales et donc de multiples cicatrices qui seront pour la plupart rétrospectivement non justifiées à la lecture du compte rendu anatomopathologique, il lui est proposé l'alternative tout aussi légitime que l'exérèse immédiate à savoir une surveillance à court terme (2 ou 3 mois) puis à long terme (6 à 12 mois).

Le diagnostic à M0 est donc celui de probable nævus atypique/dysplasique, mais avec une arrière-pensée pour un mélanome débutant à un stade suffisamment précoce pour que le recul d'une surveillance de quelques mois ne fasse pas courir de risque inconsidéré à la patiente puisque la lésion est plane et que donc, s'il s'agissait d'un mélanome, son index micrométrique serait faible et son pronostic favorable.

À M3, nous l'avons constaté rétrospectivement mais pas relevé lors de l'examen de la patiente, la lésion s'est très légèrement modifiée sur un bord (***fig. 6 : cercle jaune***). Ce changement, significatif sur un délai aussi court, aurait dû/pu conduire à une chirurgie dès ce stade mais nous n'y avions pas suffisamment prêté attention. Un second contrôle a donc été planifié 9 mois plus tard à M12.

À M12, on observe des changements non significatifs comme le remplacement de zones réticulaires par des zones sans structure de même couleur (***fig. 6 : cercles vert et bleu***), mais aussi des éléments évolutifs plus significatifs comme l'apparition de nouvelles zones sans structure hyperpigmentées de répartition asymétrique (***fig. 6 : flèches blanches***) et, surtout, l'apparition d'une extension en surface asymétrique (ou changement de forme) en deux points (***fig. 6 : cercles rouges***), qui constitue un signe cardinal de changement significatif

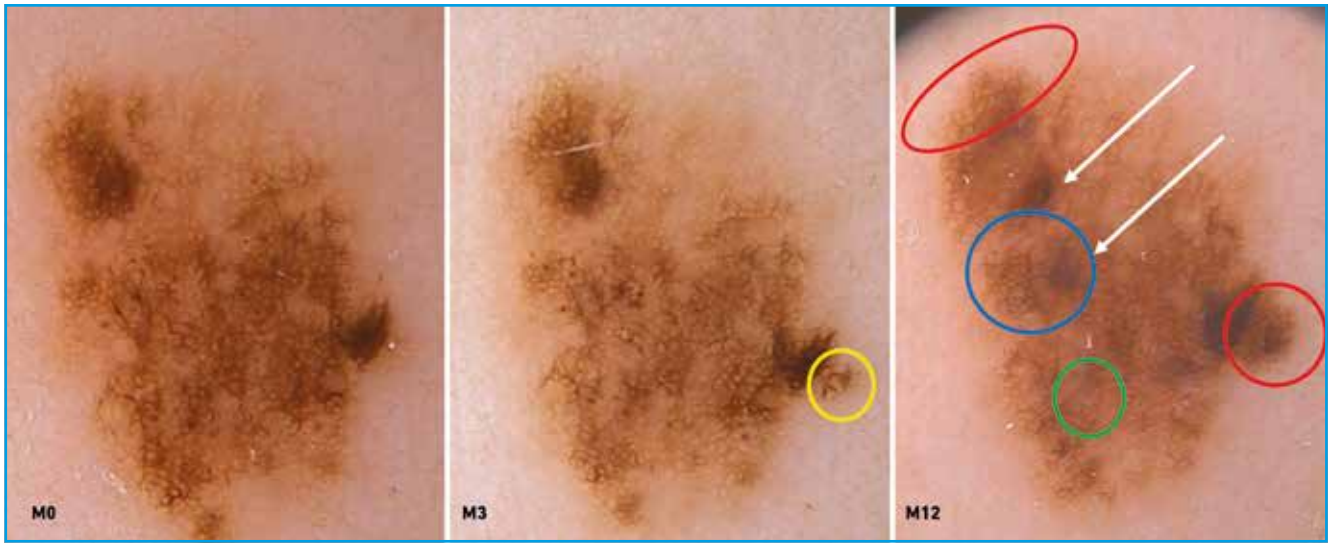


**Fig. 6.**

en faveur de la malignité : le changement de forme ou élargissement asymétrique.

On l'a vu, l'exérèse de cette lésion à M0 ou à M3 sur ses critères statiques aurait été légitime et efficace, toutefois la preuve évolutive à M12, sur des critères désormais dynamiques, constitue un élément diagnostique supplémentaire qui justifie l'exérèse, dans ce contexte bien particulier de patiente porteuse de multiples lésions chez laquelle l'économie de cicatrices est cruciale à la fois pour des raisons esthétiques voire économiques, mais surtout pour ne pas risquer de la démotiver vis-à-vis d'un suivi par trop "chirurgical" alors que, bien sûr, la plupart de ses lésions sont bénignes, même si celle illustrée dans ce cas clinique était, pour des raisons didactiques, bien un mélanome à un stade précoce.

## Fiche pratique

# La surveillance dermoscopique d'une lésion pigmentée douteuse unique

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

## Contexte

La dermoscopie statique reflète l'anatomie, les propriétés optiques de la peau et des chromophores qui y sont inclus au moment précis de l'examen, comme nous l'avons vu dans les premières fiches de cette série. Toutefois, certaines caractéristiques dermoscopiques ne sont pas suffisamment marquées pour conduire à un diagnostic non équivoque et à une prise en charge indiscutable, qu'il s'agisse de l'exérèse ou de l'abstention. Les lésions pigmentées présentant un patron multicomposé et asymétrique sans signe surajouté patent de mélanome (*cf. fiche n° 3*) illustrent particulièrement cette situation de dilemme diagnostique ou de "zone grise", puisqu'elles peuvent correspondre à des nævus atypiques/dysplasiques ou à des mélanomes.

La règle "en cas de doute, obtenir un examen histologique" (*in case of doubt cut it out !*) ne peut être appliquée dans tous les cas au risque de voir augmenter le ratio bénin/malin de sa pratique chirurgicale par le nombre trop élevé de faux positifs. Cette pratique chirurgicale trop systématique peut, en outre, être jugée délétère dans certaines topographies particulièrement sensibles sur le plan esthétique (visage, décolleté), dans les zones à risque chéloïdien (deltoïdes, région sternale, oreilles, région mandibulaire, patients à peau noire) ou dans les zones dites "fonctionnelles" où la chirurgie peut laisser des séquelles importantes (zones péri-orificielles, paumes et plantes, ongles, mamelons, organes génitaux externes [OGE]). Elle peut être également mal vécue par les patients porteurs de nævomatose pigmentaire profuse avec ou sans nævus cliniquement atypiques, chez lesquels de nombreuses exérèses de lésions ont été réalisées jusqu'alors sans diagnostic positif de malignité et qui deviennent rapidement réticents à subir de nouvelles excisions, voire à continuer à se soumettre à une surveillance alors même que leur phénotype nævique et parfois même leurs antécédents familiaux constituent un facteur de risque de mélanome.

Enfin, dans une perspective plus large, il ne nous faut pas oublier les critiques qui pèsent désormais sur certaines de nos modalités de dépistage et notamment sur les possibles situations de surdiagnostic de cancer (diagnostic et traitement de cancers qui n'auraient pas modifié le pronostic du patient dans son espérance de vie restante), tant dans d'autres disciplines (urologie, endocrinologie, hématologie…) qu'en dermatologie.

Ainsi, puisque les cancers sont des maladies évolutives, la prise en compte de critères dynamiques peut ajouter significativement à la légitimité d'un geste chirurgical par la mise en évidence de changements dans la présentation dermoscopique d'une lésion initialement douteuse, mais pour laquelle le diagnostic de mélanome ne peut être fait sans réserve. Cette pratique du recul temporel n'est pas spécifique à l'approche dermatologique et est, bien sûr, utilisée dans beaucoup d'autres domaines de la cancérologie, comme par exemple l'approche diagnostique d'un nodule pulmonaire aspécifique de petite taille. Toutefois, la plus facile accessibilité à la biopsie des lésions cutanées constitue une particularité de notre discipline. L'objectif ici, devant une lésion pigmentée douteuse unique, est, bien sûr, de se donner une seconde chance de faire le diagnostic, devant des critères cette fois évolutifs d'une lésion qui n'aurait pas initialement présenté suffisamment de symptômes pour convaincre de sa nature lors du premier examen, mais surtout de se donner également la possibilité de ne pas retirer une lésion modérément suspecte s'il s'avérait par la suite qu'elle n'était pas évolutive.

Il s'agit donc d'une certaine manière d'une prise de de risque. Mais il ne s'agit pas, bien sûr, de faire courir un risque inconsidéré aux patients et, compte tenu de la relative innocuité de la plupart des gestes de biopsie ou d'exérèse cutanée, la place relative de cette recherche de la preuve évolutive est bien moindre en dermatologie que dans d'autres disciplines. Aussi, les indications d'une surveillance d'une lésion dermoscopiquement douteuse seront très strictement encadrées :
– elle n'est proposée que si les conditions du premier examen laissent présumer d'une bonne observance ultérieure du patient à son programme de surveillance ;
– elle n'est proposée qu'en cas de lésion plane (maculeuse) laissant présager, en cas de mélanome, un index micrométrique faible et donc un pronostic favorable.

À l'inverse, elle ne sera pas proposée :
– chez les patients incertains de se soumettre aux visites ultérieures ;
– en cas de lésion palpable.

# Fiche pratique

On peut ajouter qu'elle ne sera habituellement pas proposée en cas de lésion pigmentée douteuse unique ("vilain petit canard" dermoscopique) dans une zone relativement facilement accessible à la chirurgie. Mais elle sera proposée volontiers pour les lésions pigmentées douteuses siégeant dans certaines topographies, d'ailleurs chirurgicalement souvent moins favorables, dans lesquelles les formes précoces du mélanome se caractérisent par une masse tumorale tellement faible qu'une biopsie partielle pourrait aboutir à un faux négatif histopathologique (paumes et plantes, ongles et visage).

**Fig. 7.**

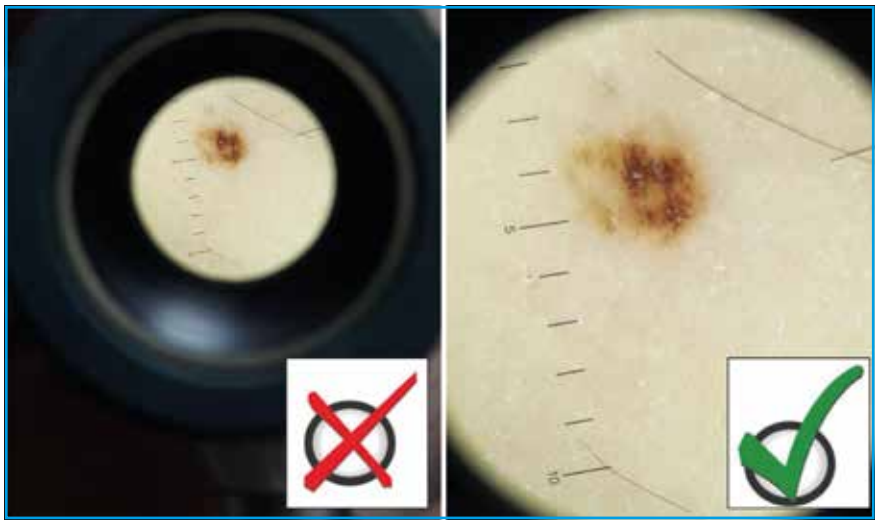

**Fig. 8.**

## Technique dermoscopique digitale

La surveillance d'une ou de quelques (moins de 3 ou 4) lésions pigmentées douteuses ne nécessite pas systématiquement l'emploi d'un appareil dédié de dermoscopie numérique. Il est en effet relativement aisé de réaliser des photographies dermoscopiques d'un petit nombre de lésions à l'aide d'un dermoscope optique et d'un appareil photo numérique ou d'un smartphone. Les photographies sont ensuite intégrées au dossier médical numérique du patient. Certaines règles doivent cependant être respectées :

>>> Faire systématiquement des photographies en immersion même si l'on dispose d'un dermoscope en lumière polarisée.

>>> Si l'on ne dispose pas d'un adaptateur dermoscope-appareil photo, bien tenir l'appareil photo dans la main dominante (droite pour un droitier) et le dermoscope dans l'autre (***fig. 7***).

>>> Bien maintenir les deux appareils strictement alignés avec leurs axes optiques bien perpendiculaires à la peau.

>>> Bien zoomer avec l'appareil photo pour éliminer les zones noires extérieures à la zone d'examen dermoscopique (***fig. 8***).

>>> Pour éviter l'apparition d'une ombre au centre de l'image (***fig. 9A***), bien régler le dermoscope optique en position "photo" (***fig. 9B et C***, position "caméra" ou "0" sur certains appareils).

>>> Bien attendre la mise au point automatique de l'appareil photo avant de déclencher (et régler celui-ci en mode macro lorsque c'est possible).

>>> Ne pas oublier de prendre une photo générale de situation de la lésion avec un marquage précis de la lésion enregistrée et une macrophoto non dermoscopique en gros plan de la lésion enregistrée, idéalement avec un outil de mesure précis dans le bord du cadrage, de manière à être sûr de pouvoir identifier la lésion suspecte lors du prochain examen et de pouvoir, au besoin, faire ultérieurement une demande de télé-expertise (***fig. 10***).

>>> Lors de la prise de photos ultérieures à M3, M12 et suivantes, bien avoir sous les yeux la ou les image(s) précédente(s) de manière à orienter, cadrer, éclairer les photos de surveillance de la même façon pour faciliter les comparaisons et, bien sûr, utiliser le même équipement à chaque séance dans la mesure du possible.

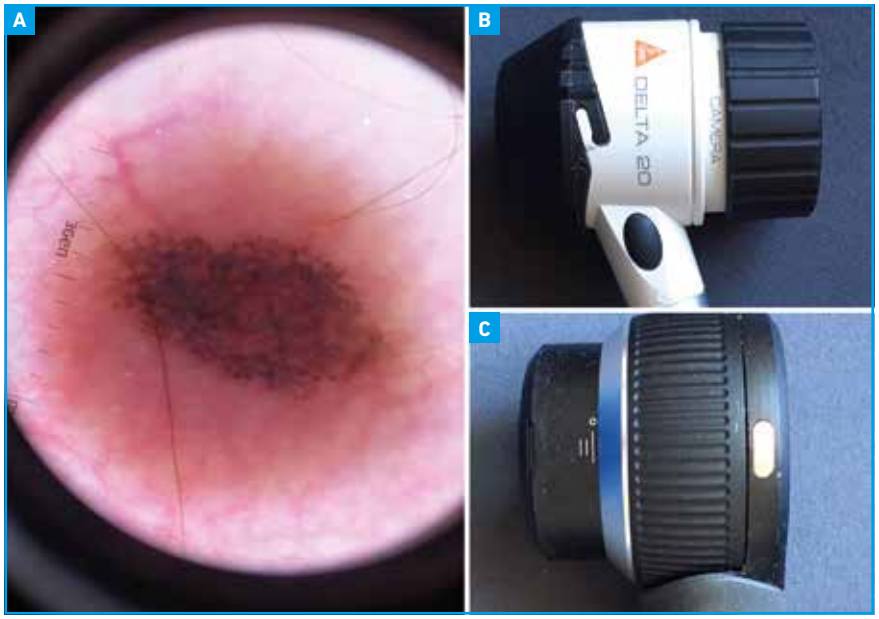


**Fig. 9.**

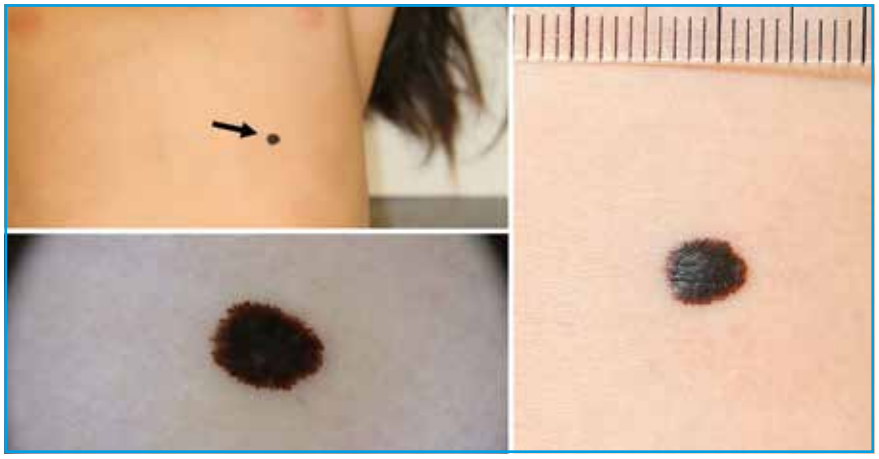

**Fig. 10.**

**Fig. 11.**

Il est aussi possible d'utiliser des systèmes dermoscopiques portables dédiés (***fig. 11***).

Bien sûr, cette approche sera bien plus aisée et rapide avec des appareils de dermoscopie digitale qui permettront de réaliser les plans de situation générale, les images dermoscopiques avec une caméra dédiée et les prises de vue ultérieures dans des conditions standardisées de grossissement, d'éclairage et même d'orientation des lésions si l'on prend bien soin de photographier les images de surveillance en adaptant la position de la caméra pour reproduire l'orientation utilisée lors de la précédente prise d'image. L'usage de tels équipements devient quasi indispensable si le nombre de lésions dépasse 5 ou 6.

La surveillance en dermoscopie digitale d'une ou de quelques lésions douteuses obéit à quelques règles et celles-ci dépendent du délai de second examen. Il est habituel de combiner les critères à court terme (2 ou 3 mois) et les critères à long terme (6, 9 ou 12 mois). Il est enfin admis que, sauf localisations spéciales (ongles, face, paumes et plantes), l'absence de changement à 24 mois est quasi synonyme de bénignité (***fig. 12***).

Puisqu'il y a, d'une certaine manière, une prise de risque lorsqu'une lésion douteuse n'est pas retirée immédiatement, la surveillance à court terme a pour but de ne pas ignorer un changement rapide, alors que la surveillance à long terme a pour but de distinguer les évolutions physiologiques des lésions pigmentaires bénignes des changements significatifs des lésion pigmentaires malignes, qui se produisent dans les mélanomes au cours de leur phase de croissance radiale.

## Les critère dermoscopiques évolutifs non significatifs à court terme (2 ou 3 mois)

Après 2 mois (méthode australienne) ou 3 mois (habitudes européennes), tout

# Fiche pratique

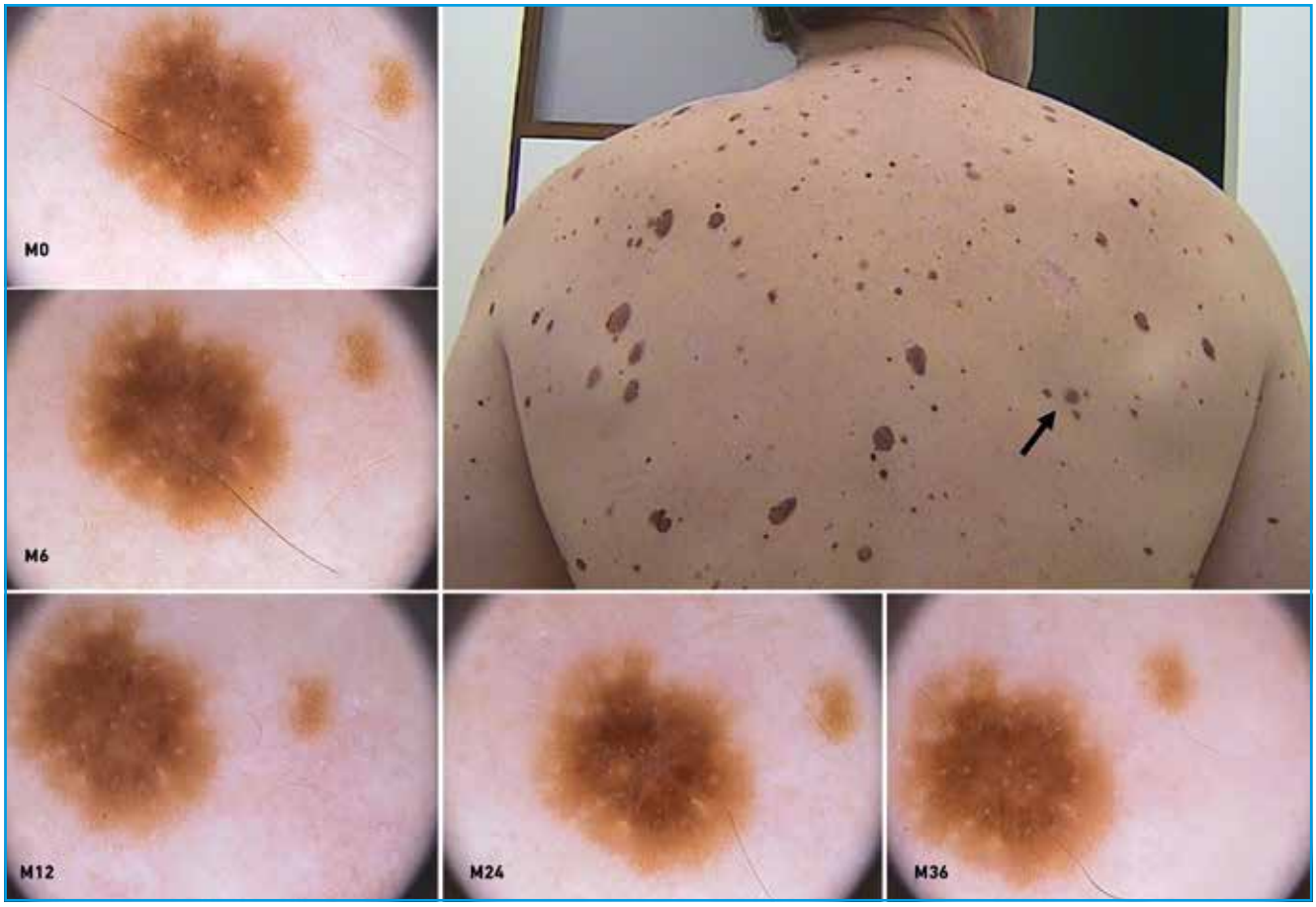


**Fig. 12.**

changement quel qu'il soit est considéré comme significatif sauf deux :
– une pigmentation plus intense de même intensité que l'intensification de la pigmentation de la peau autour de la lésion (bronzage, ***fig. 13***, ***ligne du haut***) ;
– une modification du nombre (en plus ou en moins) de kystes de milium (***fig. 13, ligne du bas***).

## Les critères dermoscopiques évolutifs significatifs à court terme (2 ou 3 mois)

À l'inverse, tout autre changement constaté à 2 ou 3 mois quelle qu'en soit la nature, même si un tel changement n'est pas habituellement considéré comme significatif à plus long terme (cf. infra), doit être considéré comme significatif

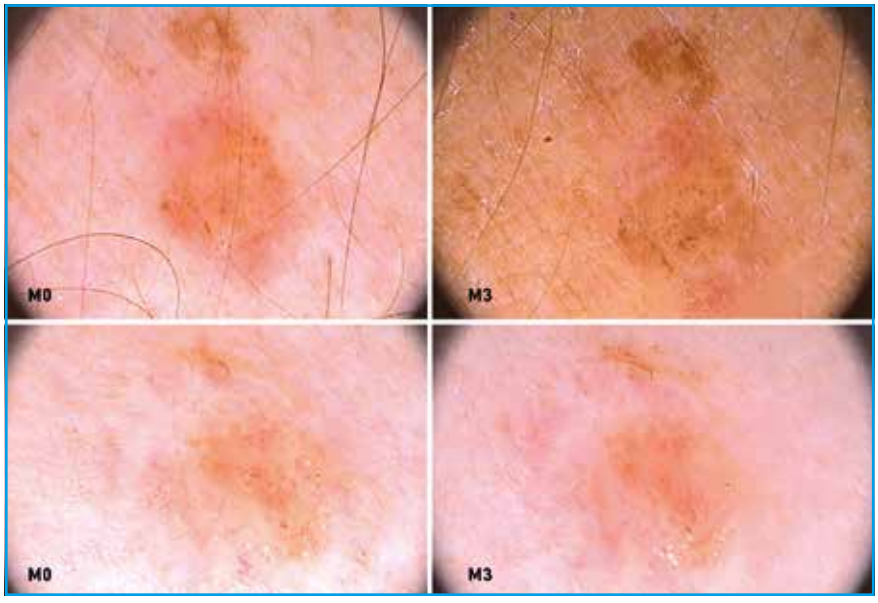


**Fig. 13.**

et conduire à l'exérèse de la lésion s'il est observé dans un délai aussi court (***fig. 14***). À ce titre, la modification observée dans le cas introductif (***fig. 6 : M3 cercle jaune***) aurait dû être considérée comme significative.

## Les critères dermoscopiques non significatifs à long terme (6, 9 ou 12 mois)

Sur un délai plus long (à M12 puis M24) dans le schéma de surveillance académique (sauf syndrome de prédisposition génétique au mélanome où la surveillance est semestrielle conformément à un consensus d'experts), les changements non significatifs sont plus nombreux et ils ne doivent pas conduire à une chirurgie d'exérèse. Il s'agit :
– du remplacement d'une zone réticulaire par une zone sans structure de même couleur (***fig. 15 : M0-M6***) ;
– à l'inverse, du remplacement d'une zone sans structure par une zone réticulaire de même couleur (***fig. 15 : M6-M12***) ;
– d'un changement du nombre de globules bruns ou de points noirs (***fig. 16***).

Un changement de taille des lésions, sans changement de leur forme géométrique, ne constitue toutefois pas non plus un élément significatif en faveur de la malignité à 6, 9 ou 12 mois dès lors qu'il se fait de manière symétrique (***fig. 17***). C'est même le schéma habituel de l'évolution naturelle d'un nævus bénin en croissance.

Le plus souvent, cette croissance bénigne d'un nævus peut être présagée par l'observation d'une couronne régulière de globules ou de pseudopodes sur tout le pourtour de la lésion (***fig. 18***). Fort logiquement, lorsque cette croissance est achevée, les globules et/ou pseudopodes périphériques disparaissent et la lésion ne grandit plus lors des examens suivants.

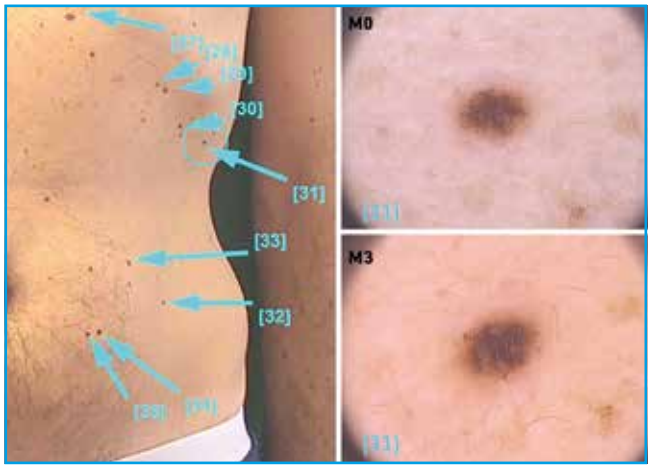


**Fig. 14.**

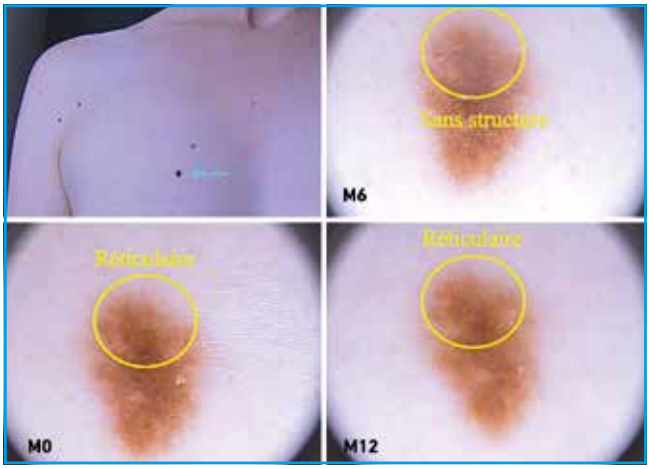


**Fig. 15.**

**Fig. 16.**

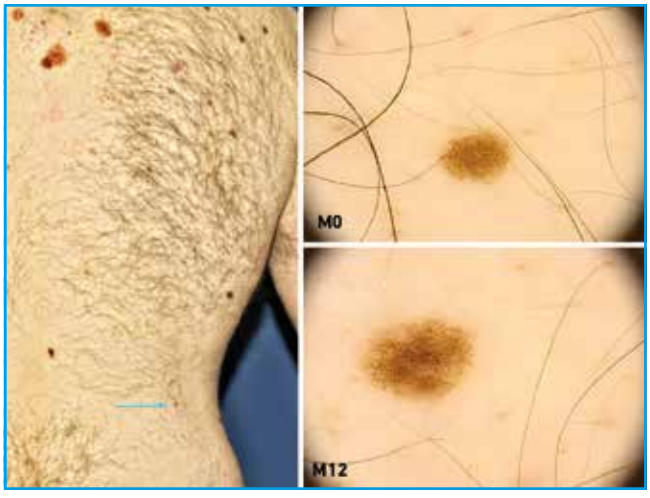


**Fig. 17.**

# Fiche pratique

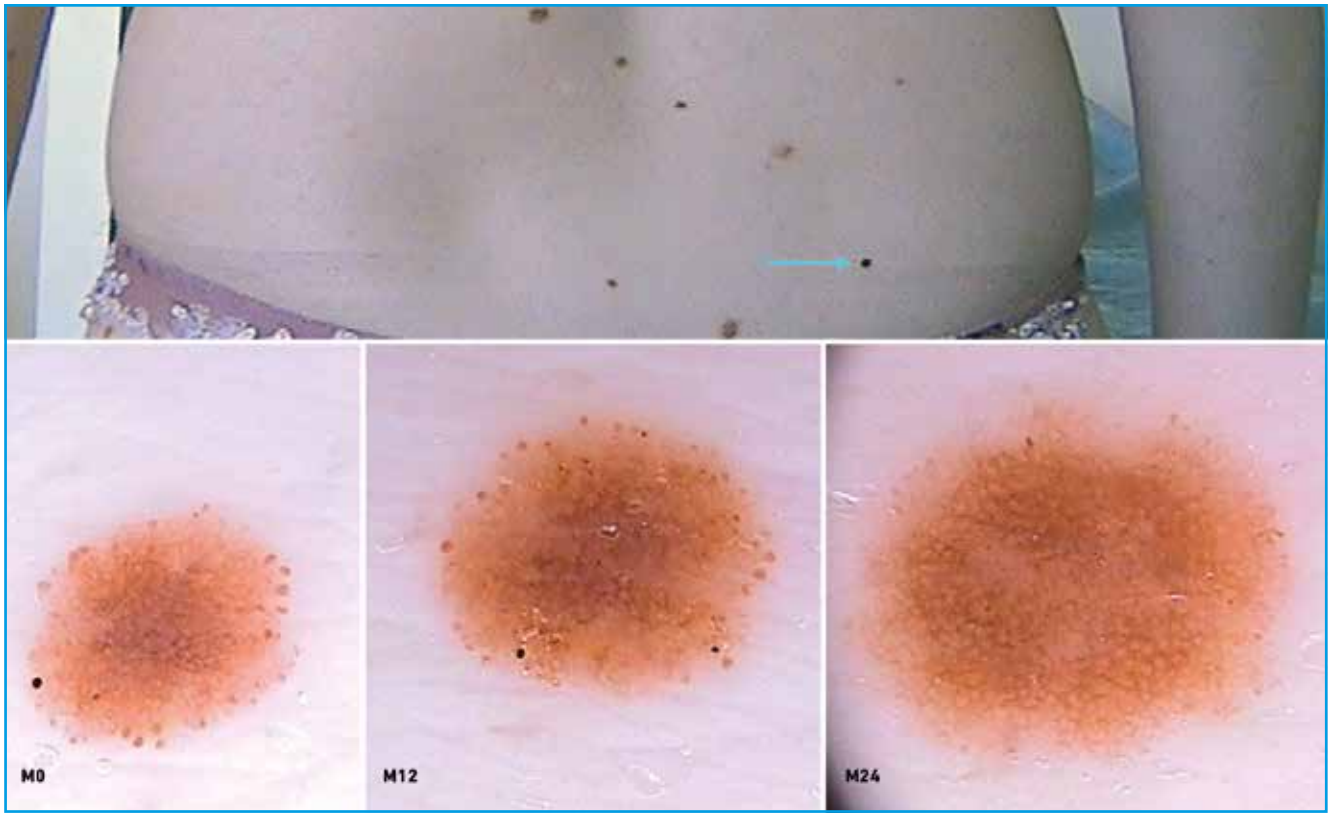


**Fig. 18.**

## Les critères dermoscopiques significatifs à long terme (6, 9 ou 12 mois)

Il est, bien sûr, significatif de constater l'apparition d'un critère classique en faveur d'un mélanome mais, dans ce cas, la surveillance dermoscopique constitue un apport marginal à l'évaluation de la lésion puisque le diagnostic devient réalisable sur les critères dermoscopiques statiques. Il s'agit alors :

>>> De l'apparition d'un voile bleu-blanc (***fig. 19 : cercle jaune***).

>>> De l'apparition de structures dermoscopiques associés à la régression histologique :
– lignes blanches et brillantes (chrysalides, ***fig. 19 : flèches jaunes***) ;
– granulations grises (*peppering*, ***fig. 20 : cercle jaune***) ;
– dépigmentation pseudo-cicatricielle.

**Fig. 19.**

>>> De l'apparition de structures périphériques asymétriques :
– pseudopodes asymétriques ;
– globules périphériques asymétriques (***fig. 21***) ;
– figures de stries périphériques asymétriques (courant radial).

L'apparition d'une nouvelle couleur, parmi les six couleurs dermoscopiques à

# Fiche pratique

## POINTS **FORTS**

- Devant un **nombre limité de lésions pigmentaires douteuses** (moins de 3 à 5), il est possible de proposer une **surveillance dermoscopique numérique** pour tenter d'éviter une exérèse à la condition que :
  – le **patient** soit suffisamment **compliant** pour se conformer au schéma de surveillance proposé ;
  – la **lésion** soit **parfaitement plane ;**
  – la **lésion** ne soit **pas unique.**
- Si ces conditions ne sont pas remplies, la surveillance dermoscopique est une prise de risque inutile.
- Les **surveillances à court terme (M2 ou M3) et à long terme** doivent alors être **combinées :**
  – à **M3, tout changement** doit être considéré comme significatif **sauf le bronzage** (augmentation de la pigmentation de la lésion dans les mêmes proportions que celle de la peau alentour) **ou le changement du nombre de kystes de milium ;**
  – à **M12, seront considérés comme significatifs** un **changement de forme** (croissance asymétrique), **l'apparition d'une nouvelle couleur** ou **l'apparition d'un signe dermoscopique significatif de mélanome** (image de bord, de régression, etc.).
- La dermoscopie numérique d'un nombre limité de lésions est en particulier **adaptée :**
  – aux **topographies peu favorables à la chirurgie** en raison de risques esthétiques, fonctionnels ou cicatriciels ;
  – aux **topographies où les mélanomes** (le plus souvent lentigineux : extrémités, visage et parfois muqueuses) sont à **risque de faux positif histopathologique** en cas de prélèvement trop précoce.
- Chez **les patients à haut risque de mélanome** (prédisposition génétique identifiée, multiples antécédents de mélanome ou nævomatose tellement profuse que l'autosurveillance ou la surveillance médicale sans imagerie apparaît trop risquée), les stratégies de surveillance dermoscopique digitale plus systématiques ou de photographie/dermoscopie corporelle totale sont plus adaptées (*cf. fiche n° 17*).

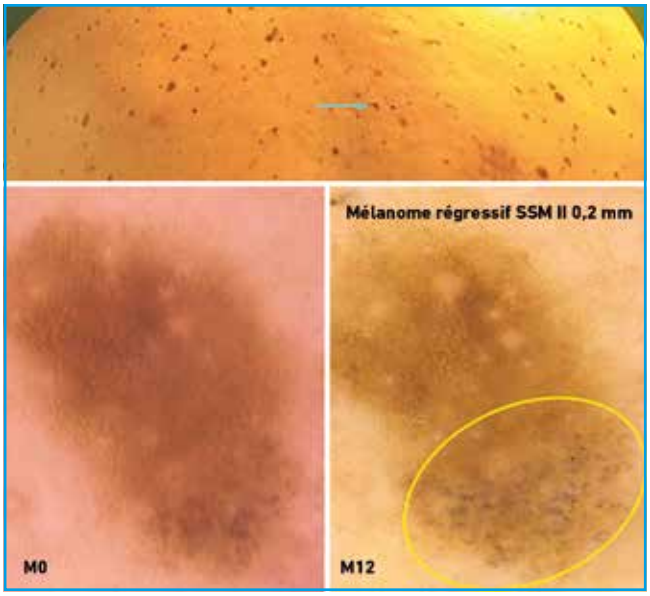


**Fig. 20.**

**Fig. 21.**

savoir le brun clair, le brun foncé, le noir, le rouge, le blanc et le gris-bleu, constitue également un élément évolutif significatif (***fig. 22***). Enfin et surtout, la constatation d'un élargissement asymétrique (ou changement de forme) constitue l'élément évolutif le plus significatif en faveur d'un mélanome devant une lésion pigmentée douteuse (***fig. 23***), comme dans le cas introductif (***fig. 4, 5 et 6***).

## Les indications de la surveillance dermoscopique d'un nombre limité de lésions douteuses

Il n'est pas question de proposer une surveillance dermoscopique numérique devant toute lésion pigmentée douteuse :

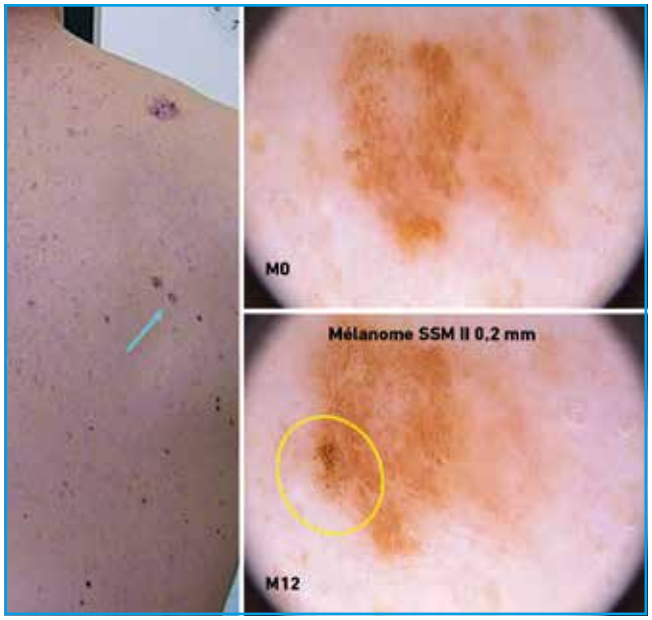


**Fig. 22.**

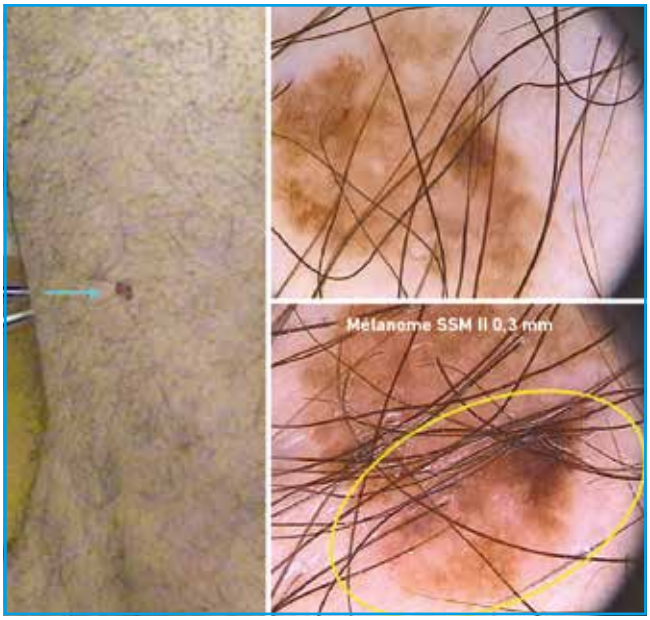


**Fig. 23.**

**Fig. 24.**

– si l'index de suspicion est élevé (patron multicomposé et asymétrique avec désordre architectural et présence d'éléments individuels de malignité, *cf. fiche n° 3*), la lésion devra être retirée immédiatement ;
– si la lésion est unique en son genre ("vilain petit canard" dermoscopique) et que la topographie n'est pas défavorable à une chirurgie simple, une exérèse à but diagnostique est amplement préférable ;
– si, lors de la consultation initiale, il apparaît que le patient risque de ne pas être observant des consignes de surveillance en dermoscopie numérique, il est préférable de retirer toute lésion douteuse sans délai ;
– si, la lésion est palpable, en cas de doute la surveillance dermoscopique n'est pas une option compte tenu du risque de laisser en place un éventuel mélanome déjà épais. La surveillance dermoscopique numérique des lésions pigmentées douteuses ne peut être proposée qu'en cas de lésion parfaitement plane.

À l'inverse, en cas de lésion plane chez un patient compliant, la surveillance dermoscopique numérique sera parfaitement adaptée aux situations suivantes :
– lésion douteuse dans le cadre d'une nævomatose pigmentaire profuse (***fig. 19 à 22***) ;
– lésion douteuse en zone peu favorable à la chirurgie : zones fonctionnellement peu favorables à la chirurgie (ongles, paumes et plantes [***fig. 24***], OGE, mamelons [***fig. 25***] et zones péri-orificielles), zones à risque de cicatrice chéloïde ou rétractile (sternum, deltoïdes, mandibule, oreilles, peau noire, faces de flexion des articulations), zones esthétiquement peu favorables (visage et décolleté) ;
– topographie où l'évolution naturelle des mélanomes est habituellement très lente, il s'agit alors de mélanomes

# Fiche pratique

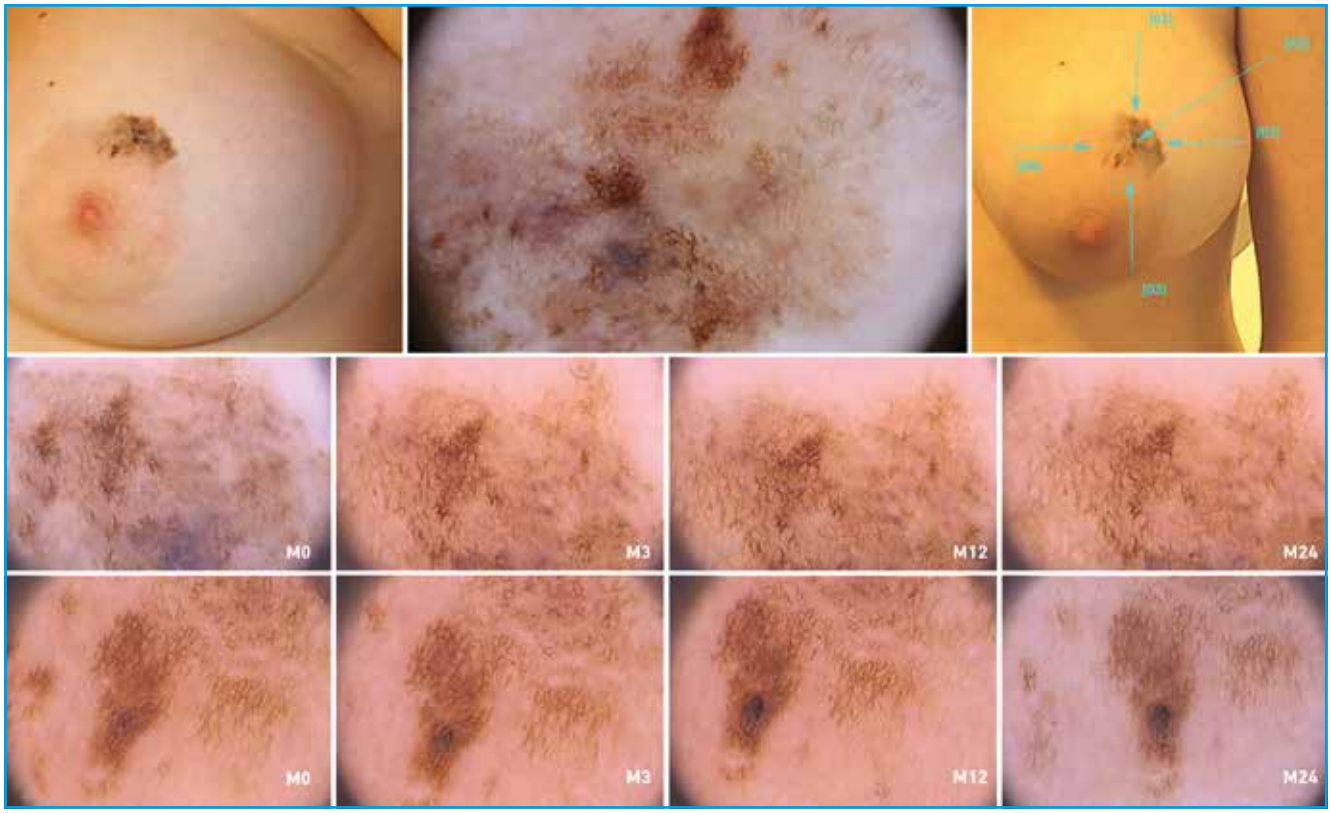


**Fig. 25.**

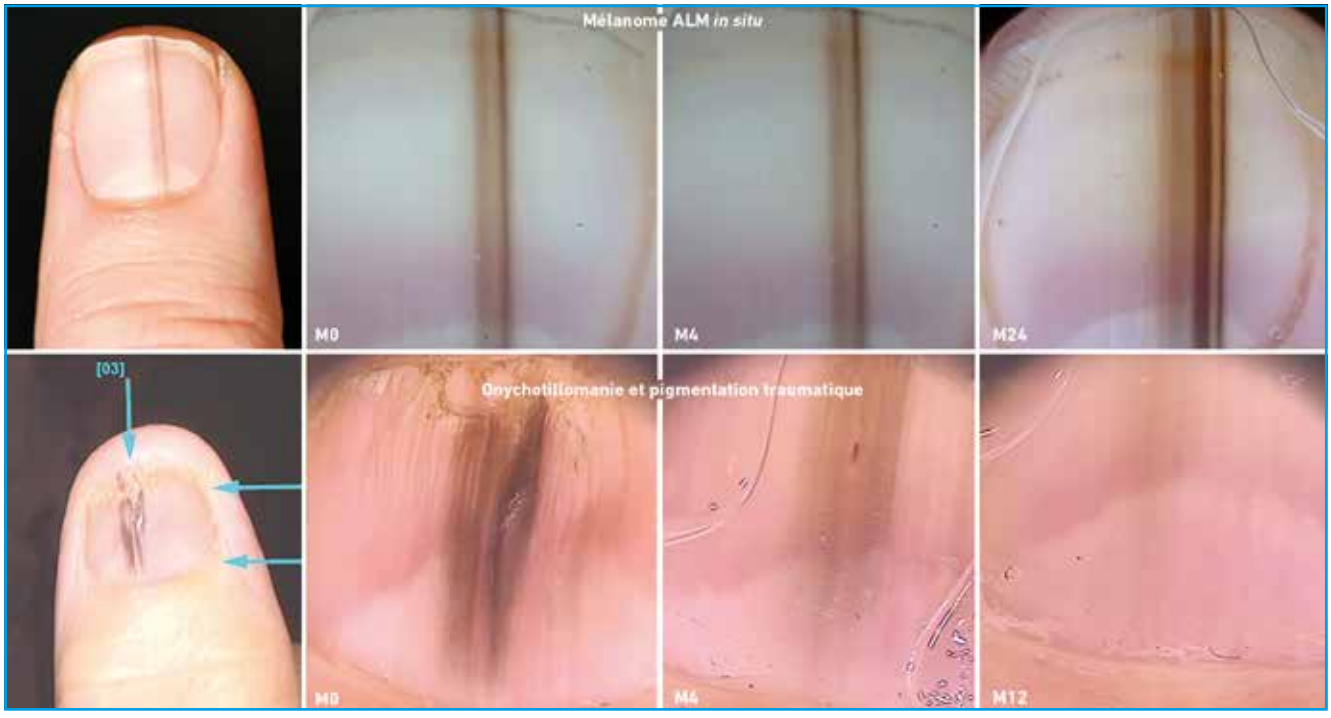


**Fig. 26.**

lentigineux pour lesquels une biopsie trop précoce peut être à risque de faux négatifs histopathologiques (ongles, visage, paumes et plantes et, parfois, muqueuses, ***fig. 24 et 26***).

Enfin, en cas de patient à haut risque de mélanome :
– soit du fait d'une prédisposition génétique identifiée ;
– soit du fait d'antécédents personnels ou familiaux de mélanomes multiples (+ de 2) sans mutation identifiée ;
– soit du fait d'un syndrome des nævus atypiques/dysplasiques tellement marqué (en général + de 100 à 150 lésions) qu'une autosurveillance ou une surveillance médicale sans images de référence est raisonnablement impossible.

Il sera préférable de choisir un mode de surveillance "corps entier" que nous envisagerons dans la fiche dermoscopique suivante (n° 17) car, dans ces cas, l'objectif du monitoring est non seulement de se donner une seconde chance de faire le diagnostic d'un mélanome initialement non typique (*featureless melanoma*), mais également de dépister une lésion nouvelle.

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