

Fiche pratique

Fiche de dermoscopie n° 18

Cas clinique

Il s'agit d'une femme de 69 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 était à 100 % intérieure et ses loisirs ensoleillés sont modérés.

Elle est adressée en consultation par le service de gynécologie pour l'évaluation d'une pigmentation vulvaire d'ancienneté inconnue découverte à l'occasion d'un examen systématique alors qu'elle consultait pour un problème distinct d'incontinence urinaire.

L'anamnèse familiale ne retrouve aucun antécédent dermatologique ou cancérologique.

La patiente ne signale aucun signe fonctionnel en lien avec cette pigmentation dont elle ignorait l'existence, ayant cessé toute surveillance gynécologique après sa dernière grossesse il y a 37 ans. Elle n'a jamais présenté de saignement ou de prurit vulvaire ni anciennement, ni récemment. La lésion est étendue mais elle ne présente pas de zone en relief notable ni à l'inspection, ni à la palpation.

La photographie clinique est présentée sur la **figure 1**.

Les clichés dermoscopiques de diverses zones de la lésion en immersion + polarisation avec protection de la fenêtre du photodermoscope par un film transparent autocollant stérile à usage unique (Tegaderm 10 × 12) sont présentés sur la **figure 2**.



Fig. 1.

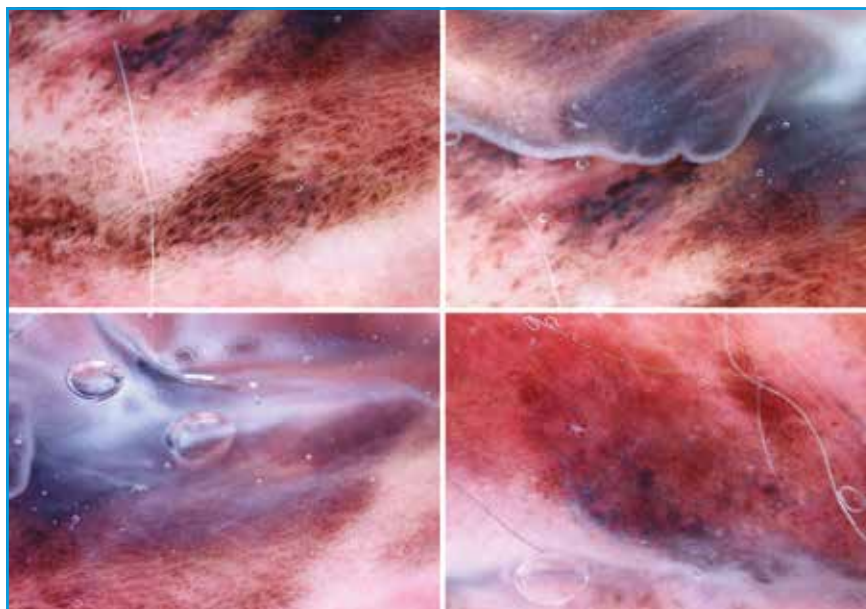


Fig. 2.

Quel est votre diagnostic ?

Quelle est votre proposition de prise en charge ?

Fiche pratique

Solution

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

Cette pigmentation vulvaire est d'ancienneté inconnue. Macroscopiquement, elle est étendue de manière bilatérale mais asymétrique sur les faces muqueuses des deux petites lèvres et la paroi vaginale. Elle s'étend en avant depuis le méat urinaire jusqu'à la fourchette en arrière. Elle est maculeuse, à contours géographiques et plutôt monochrome brun foncé.

En dermoscopie, elle est franchement polychrome avec la présence des 6 couleurs classiques de la dermoscopie des lésions pigmentées (noir, brun clair, brun foncé, gris-bleu, blanc et rouge). Cette lésion est multicomposée (globules, tirets, images arciformes encore appelées "en écailles de poisson", taches hyperpigmentées et hypopigmentées sans structure) et asymétrique avec un très haut degré de désordre architectural.

Elle présente en outre des zones de dépigmentation réticulée, plusieurs zones de voile gris-bleu, des plages sans structure blanches ou grises et quelques zones de dépigmentation pseudo-cicatri-

cielle avec présence de lignes blanches et brillantes ("chrysalides").

L'architecture dermoscopique globale et les symptômes dermoscopiques associés sont très évocateurs de mélanome.

2. Quelle est votre proposition de prise en charge ?

La biopsie s'impose, toutefois, même si la dermoscopie met en évidence des éléments très évocateurs de mélanome, l'examen clinique à lui seul suffisait à en poser l'indication, comme c'est souvent le cas dans cette topographie où il est malheureusement bien rare d'observer des tumeurs à une phase précoce.

3. Solution

L'examen histologique d'une biopsie prélevée dans la zone la plus sombre révélera un mélanome de type MLM, de niveau IV de Clark et Mihm et de 1,40 mm d'épaisseur, non ulcéré, avec un index mitotique de 0/mm² (méthode du *hot spot*).

L'évaluation endovaginale pratiquée par le service de gynécologie montrera une

atteinte étendue à toute la paroi vaginale antérieure et postérieure jusqu'aux culs-de-sac, rendant toute tentative de traitement chirurgical déraisonnable car très mutilante selon la RCP d'oncogynécologie. Le bilan d'imagerie avec TEP-scanner FDG corps entier et IRM cérébrale ne montrait pas d'évolution métastatique à distance.

La RCP d'oncodermatologie proposera une radiothérapie externe (48 Gy en 20 fractions) suivie d'une curiethérapie endovaginale (14 Gy en 2 fractions) puis d'un traitement de type "adjuvant" (en présupposant que la patiente était en rémission complète après la radiothérapie-curiethérapie, ce qui n'a pu être observé que macroscopiquement bien sûr) par anti-PD1 pendant une année. La tolérance globale du traitement a été bonne et la patiente est en rémission complète 21 mois après le diagnostic initial et 7 mois après la fin du traitement adjuvant par anti-PD1. Elle fait toujours l'objet d'une surveillance clinico-radio-logique trimestrielle.

Commentaires

Cette histoire et ce tableau clinique sont assez caractéristiques de la présentation habituelle des mélanomes génitaux féminins avec, malheureusement, un diagnostic relativement tardif chez une patiente ménopausée ayant cessé depuis longtemps toute surveillance gynécologique et chez laquelle il est impossible de dater le début, probablement assez ancien, des signes. Notons toutefois que les signes révélateurs les plus communs du mélanome vulvaire que sont la gêne, l'inconfort, la douleur, le prurit et, plus encore, le saignement, étaient ici absents.

Il faut, bien sûr, reconnaître que la dermoscopie ne constitue qu'une très faible valeur ajoutée à l'examen clinique et à la démarche diagnostique chez cette patiente qui, sur la constatation des seuls signes cliniques, même en l'absence de

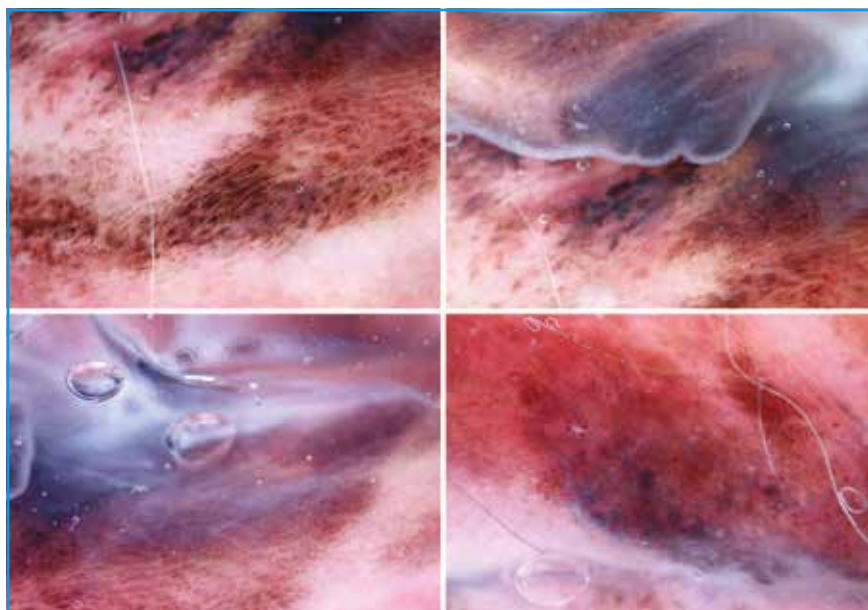


Fig. 3.

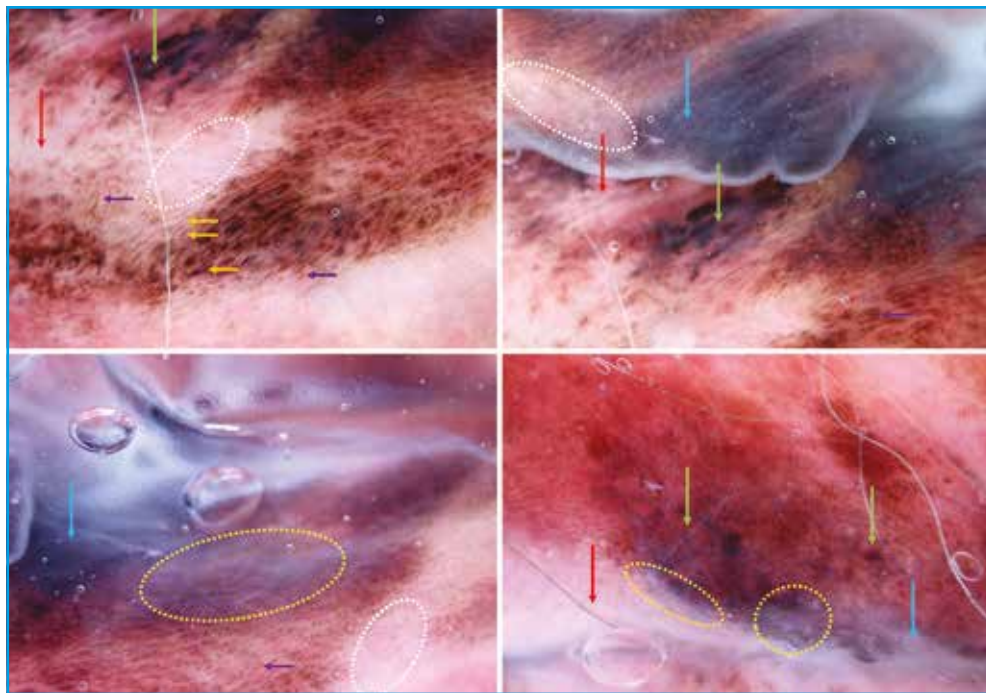


Fig. 4.

signe fonctionnel, se devait d'être soumise à un prélèvement pour un examen anatomopathologique.

Toutefois, ce cas clinique nous permet, par sa richesse sémiologique, d'illustrer de manière didactique les manifestations dermoscopiques du mélanome des muqueuses. Comme nous le verrons dans la suite de cette fiche, le diagnostic des lésions pigmentées des muqueuses, même aidé de la dermoscopie, demeure extrêmement difficile et son approche doit être marquée par une (très) grande humilité. Ainsi, un recours facile au contrôle histopathologique (voire à l'examen en microscopie confocale lorsque qu'un opérateur

entraîné à cette méthode est disponible) et à la surveillance constitue une règle de prudence plus que souhaitable dans ces topographies.

Le patron dermoscopique global (fig. 4) est ici multicomposé et asymétrique avec polychromie et désordre architectural :

- Les six couleurs classiques de la dermoscopie sont présentes (noir, brun foncé, brun clair, rouge, gris-bleu et blanc).
- On retrouve des éléments sémiologiques déjà connus dans d'autres topographies :
 - globules;
 - taches;
 - réticulation;

– aires sans structure hyper- ou hypopigmentées.

● Mais également des éléments sémiologiques assez propres, ou plus fréquents sur les muqueuses :

- les tirets (**petites flèches oranges**);
- les – ici rares et de dessin parfois grossier – images arciformes (encore appelées “en écailles de poisson”) (**petites flèches violettes**).

● Le grand nombre d'éléments sémiologiques distincts au sein de la même lésion permet de définir un patron multicomposé.

● L'arrangement désordonné de ces différents éléments sémiologiques permet de rete-

nir un désordre architectural majeur (“chaos” en langage néo-métaphorique).

● Il existe enfin une grande asymétrie de contenus (toujours bien plus significative en dermoscopie que l'asymétrie de contours). D'ailleurs, en topographie muqueuse génitale ou oculaire, la juxtaposition physiologique de différentes structures anatomiques provoque volontiers de telles asymétries de contours, le plus souvent non significatives.

Les symptômes dermoscopiques individuels en faveur de la malignité additionnels au patron multicomposé et asymétrique (fig. 4) appartiennent à deux groupes distincts :

- Un groupe commun avec le reste de la dermoscopie :
 - un voile gris-bleu (**longues flèches bleues**);
 - des globules et taches irréguliers dans leur disposition, leur taille et leur contour (**longues flèches vertes**);
 - des zones de dépigmentation pseudo-cicatricielle.
- Un groupe plus particulièrement retenu comme significatif par plusieurs travaux concernant le mélanome des muqueuses :
 - des zones sans structure gris-blanc (**cercles de pointillés blancs**);
 - des zones de dépigmentation réticulaire ou “réseau inversé” (**dans les cercles pointillés jaunes**).

I Fiche pratique

Dermoscopie des lésions pigmentées des muqueuses et semi-muqueuses

L. THOMAS

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

Contexte, nosologie et technique dermoscopique

1. Contexte

La dermoscopie reflète l'anatomie, les propriétés optiques de la peau et des chromophores qui y sont inclus. Ainsi, certaines localisations anatomiques, comme les ongles, les paumes et plantes et le visage, déjà étudiées dans les fiches précédentes, constituent une "exception anatomique" compte tenu notamment d'une architecture de leur jonction dermoépidermique différant largement de ce qui est observé sur le reste de la peau. Deux zones supplémentaires d'exception anatomique méritent d'être mentionnées : les cicatrices (qui feront l'objet d'une prochaine fiche) et les muqueuses et semi-muqueuses abordées ici.

L'approche diagnostique des lésions pigmentées des muqueuses et semi-muqueuses présente une quadruple singularité :

- une anatomie différente du reste de la peau mais également d'un point à un autre du même territoire étudié ;
- un accès moins facile à l'examen (organes génitaux, marge anale) ou des habitudes d'examen moins systématiques dans des topographies situées sur des zones frontières de la discipline dermatologique (bouche, muqueuse palpébrale) ;
- une relative réticence des dermatologues à la biopsie dans ces zones, ce qui apparaît justifié pour la conjonctive

palpébrale ou le clitoris mais bien moins dans les autres localisations ;

– un concept nosologique dit de "lentiginose/mélanose bénigne des muqueuses" aux contours flous et constituant un diagnostic différentiel très difficile voire impossible avec le mélanome, en particulier en zone génitale et anale.

2. Nosologie

Le **mélanome des muqueuses** (MLM pour *mucosal lentiginous melanoma*) se caractérise initialement par la présence d'une composante de phase de croissance radiale dont la prolifération mélanocytaire atypique atteint la couche basale de manière dense et continue au sein d'un épithélium hyperpigmenté d'architecture lentigineuse. Il est donc, au côté des mélanomes de Dubreuilh (LMM, *lentigo maligna melanoma*) et des mélanomes acraux (ALM, *acral lentiginous melanoma*), membre de la famille des mélanomes lentigineux. Cette famille s'oppose histologiquement à celle des mélanomes, dont la phase de croissance radiale contient des mélanocytes ascensionnant dans l'épiderme et pour cela dits "pagétoïdes" (SSM, *superficial spreading melanoma*), et à celle des mélanomes, constitués exclusivement d'une phase de croissance verticale (NM, *nodular melanoma*) et dont l'aspect histopathologique est très difficilement distinguable voire indistinguable d'une métastase cutanée de mélanome.

Le **lentigo des muqueuses** est le principal diagnostic différentiel clinique du mélanome de type MLM des muqueuses. Il est encore dénommé, lorsqu'il est particulièrement étendu, "**mélanose bénigne des muqueuses**". Il s'agit d'une

hyperplasie épithéliale hyperpigmentée d'architecture lentigineuse. Elle peut s'accompagner d'aucune hyperplasie mélanocytaire significative. On y relève cependant parfois la présence de mélanocytes très dendritiques et même enfin, dans certains cas, une prolifération mélanocytaire, parfois atypique, mais restant peu dense et discontinue dans la couche basale. Ces lésions de mélanose bénigne des muqueuses ont volontiers une architecture plurifocale avec juxtaposition de zones plus ou moins riches en mélanocytes jonctionnels et de zones sans hyperplasie mélanocytaire significative mais avec seulement un épithélium hyperpigmenté d'architecture lentigineuse dont on pense qu'il pourrait s'agir de la forme initiale de la maladie.

On voit bien, à la lecture de ces définitions, que la frontière entre mélanome de type MLM et lentigo/mélanose bénigne des muqueuses est floue, laissant la place pour un glissement nosologique de l'un vers l'autre.

On peut noter qu'était flou également le vieux concept de "mélanose précancéreuse de Dubreuilh", aujourd'hui abandonné au profit de son rattachement au mélanome LMM dont elle serait la forme *in situ* intraépidermique. Toutefois, même s'il apparaît souhaitable qu'une clarification nosologique soit opérée dans le spectre des pigmentations des muqueuses, notons que le rattachement nosologique a pu conduire, pour le mélanome de Dubreuilh, à des excès de thérapeutiques dites éradicatrices "à but cancérologique" dont il est peut-être souhaitable de préserver les muqueuses dont les traitements, notamment chirurgicaux, peuvent être mutilants.

Mais pour le clinicien en charge de l'approche diagnostique, ce flou nosographique a trois conséquences très perturbantes :

- Dans certains cas, la mélanose bénigne des muqueuses, identifiée comme telle par un ou plusieurs prélèvements histopathologiques, “devient” quelques années plus tard un authentique mélanome des muqueuses, soit qu'il s'agisse de la même maladie, soit que la seconde soit restée plus ou moins longtemps sous-diagnostiquée du fait de leur parenté anatomoclinique.

- Le diagnostic différentiel clinique entre deux entités dont la distinction histopathologique est floue est une vraie gageure. Il faut donc admettre que les positions diagnostiques prises, même après un (ou plusieurs) examen(s) histologique(s) rassurant(s), doivent pouvoir être remises en cause au cours de l'évolution, imposant donc la plus grande prudence et des contrôles cliniques, voire histopathologiques, réguliers.

- Enfin, le suivi évolutif clinico-dermoscopique, hors cas d'apparition de signes patents de malignité, est volontiers pris en défaut puisque les mélanomes des muqueuses se caractérisent, comme tous les mélanomes lentigineux, initialement habituellement par des changements cliniques discrets et une extension lente de leur surface alors même que les mélanoses bénignes des muqueuses ne sont pas du tout stables ni cliniquement ni dermoscopiquement.

Notons pour finir que, pour les anatomopathologistes, la zone génitale masculine ou féminine constitue également une “topographie spéciale” (tout comme les oreilles, l'ombilic, le mamelon et les extrémités) dans laquelle il existe un risque de surdiagnostic de mélanome dans le cas de nævus génitaux dont l'architecture et, dans une moindre mesure la cytologie, peut être suffisamment inhabituelle (**fig. 5**) pour créer un risque de confusion.

Tous ces éléments concourent à s'assurer – comme toujours en dermatologie, mais tout particulièrement pour la prise en charge de ces pigmentations des muqueuses – d'une bonne communication avec les anatomopathologistes et de la tenue régulière de réunions de confrontation anatomoclinique pour discuter les cas difficiles et/ou discutables. C'est aussi l'occasion d'insister sur la nécessité de recueillir, le plus systématiquement possible, de bons documents photographiques et photodermoscopiques initiaux et évolutifs pour pouvoir les confronter régulièrement aux préparations histologiques.

3. Technique dermoscopique

Dans ces zones muqueuses et semi-muqueuses, la dermoscopie peut être pra-

tiquée en lumière polarisée sans contact mais les reliefs présents dans ces topographies rendent cet examen difficile “à main levée” en raison des plans focaux multiples entraînant de vastes zones de flou visuel. C'est la raison pour laquelle nous préférons la dermoscopie optique ou numérique de contact en immersion avec (plutôt que sans) lumière polarisée. Dans ces topographies, l'immersion dans un gel hydroalcoolique est, bien sûr, exclue : nous utilisons soit du gel d'échographie incolore stérile en sachet à usage unique (*EDM medical imaging* ou équivalent), soit un savon doux gynécologique incolore en évitant soigneusement de créer des bulles gênant l'examen (**fig. 6**). La surface de contact devra être isolée (**fig. 7**) soit avec un film alimentaire, soit avec un film transparent stérile autocollant à usage unique (Tegaderm ou équivalent).

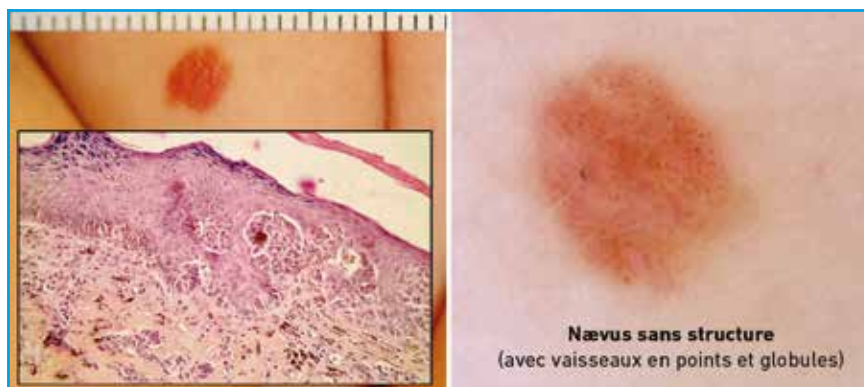


Fig. 5.



Fig. 6.

Fiche pratique



Fig. 7.



Fig. 8.

Pour la prise de photos, notamment pour un usage en téléexpertise, nous recommandons l'usage systématique de la photodermoscopie de contact, en lumière polarisée, en immersion dans une couche épaisse de gel d'échographie, et la prise de nombreux

clichés selon différents angles et en couvrant toute la zone lésionnelle en plusieurs champs photographiques si nécessaire.

Avant d'envisager les principales caractéristiques des lésions pigmentées des

muqueuses, notons que, malheureusement, les diagnostics de mélanome dans ces topographies sont bien souvent posés à des stades avancés (**fig. 8**) en raison d'un retard diagnostique lui-même lié à un accès souvent difficile ou inhabituel à l'examen clinique des zones anatomiques concernées. La dermoscopie, comme dans le cas introductif, joue alors un rôle marginal dans la prise de décision.

Quant au diagnostic précoce du mélanome et à son diagnostic différentiel avec la mélanose bénigne des muqueuses, il devra être marqué par une très grande humilité et un recours facilité, au moindre doute, à l'examen histologique, à la surveillance dermoscopique numérique et à la remise en cause des diagnostics antérieurs, même histologiques.

Le mélanome en zone muqueuse

Que ce soit dans les topographies muqueuses ou semi-muqueuses génitales, anales, orales ou oculo-palpébrales, les caractéristiques sémiologiques clinico-dermoscopiques des mélanomes sont assez similaires et comportent des symptômes déjà connus en dermoscopie générale :

- patron multicomposé (à partir de 3 éléments sémiologiques distincts au sein de la même lésion) et asymétrique (**fig. 2 à 4, 9, 10 à 14**) ;
- polychromie (**fig. 2 à 4, 10, 11 et 14**) ;
- voile gris-bleu maculeux ou papuleux (**fig. 2 à 4, 9 et 14**) ;
- zones de dépigmentation pseudo-cicatricielle avec, en lumière polarisée, des lignes blanches et brillantes ("chrysalides") (**fig. 2 à 4, 9, 10, 11 et 14**) ;
- zones sans structure hyperpigmentées ("taches" ou "blotches") de répartition asymétrique (**fig. 2 à 4, 10, 12 à 14**) ;
- ulcération(s).

Et des symptômes plus particulièrement regardés comme significatifs dans cette

topographie même s'ils ne lui sont pas exclusifs:

– dépigmentation réticulée (ou “réseau inversé”) (**fig. 10 et 14**);

– zones sans structure grises ou blanc grisâtre (**fig. 2 à 4, 11 et 14**);

– association de zones sans structure grises, blanches et brunes (**fig. 2 à 4, 11 et 14**);

– caractère papuleux de la lésion (**fig. 8, 10 et 13**);

– en zone génitale, caractère unilatéral/uniloculaire de la lésion (**fig. 9**).



Fig. 9.

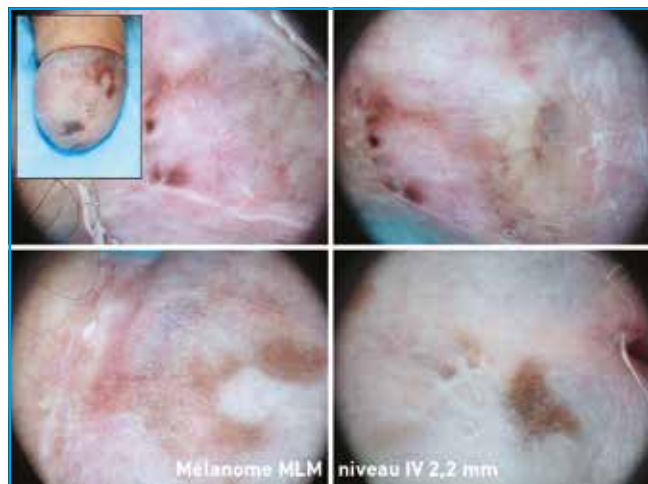


Fig. 11.



Fig. 13.



Fig. 10.



Fig. 12.



Fig. 14.

Fiche pratique

Lentigo, lentiginose et mélanose bénigne des muqueuses

La présentation dermoscopique la plus habituelle du lentigo bénin/mélanose bénigne des muqueuses est monochrome et mono- ou bicomposée (**fig. 15 à 18**). C'est en particulier le cas des lésions de

petite taille pour lesquelles la question d'un diagnostic de mélanome ne se pose d'ailleurs pas vraiment. En zone génitale, le caractère multiple et volontiers bilatéral des lésions est également un élément souvent rassurant (**fig. 6, 17 et 18**). En revanche, la sémiologie élémentaire des lentigos et mélanoses bénignes des muqueuses est très riche, avec des struc-

tures non seulement homogènes (**fig. 19**), réticulaires (**fig. 15**) ou globulaires (**fig. 6 et 17**) mais aussi parfois des images plus volontiers associées à cette topographie même si elles ne sont pas électives. On décrit ainsi des images arrondies ("anneaux") (**fig. 20**), des images arciformes ("écailles de poisson") (**fig. 21**), des images linéaires courtes ("tirets")



Fig. 15.



Fig. 16.



Fig. 17.



Fig. 18.



Fig. 19.



Fig. 20.



Fig. 21.

(fig. 16) ou plus longues en lignes parallèles (“empreintes digitales”) (fig. 18).

Dans les formes étendues de mélanose bénigne des muqueuses, des patrons multicomposés et asymétriques polychromes associant de nombreux éléments différents rendent l'interprétation clinico-dermoscopique difficile, voire impossible (fig. 19). Le recours à la microscopie confocale et/ou la biopsie et à la remise en doute régulière du diagnostic s'imposera souvent au cours d'une surveillance prudente marquée par une très grande humilité.

■ Nævus des muqueuses

Notons à nouveau ici qu'en topographie génitale l'écueil principal en matière de nævus est anatomopathologique, avec un risque de surdiagnostic de mélanome dans ces zones qui constituent donc des “topographies spéciales” non seulement pour les dermoscopistes mais aussi pour les anatomopathologistes (fig. 5, *cartouche en bas à gauche*).

>>> Les nævus communs des muqueuses sont volontiers monochromes et sans grand désordre architectural. Ils présentent volontiers un patron globulaire (fig. 22) ou sans

structure hyperpigmenté (“homogène”) (fig. 5). Lorsqu'ils sont peu pigmentés,

on peut y percevoir des vaisseaux en points et globules (fig. 5). Les nævus des muqueuses sont le plus souvent monochromes ou bichromes et se caractérisent volontiers par une asymétrie de contours (elle, liée à l'anatomie) mais ils conservent en revanche une bonne symétrie de contenu.

>>> Le nævus bleu des muqueuses est dermoscopiquement habituellement assez superposable à ce qui est observé dans d'autres topographies avec un patron monocomposé bleuté, sans structure et à contours flous (fig. 23). Dans ces cas, la difficulté principale est souvent liée à sa “découverte récente” par le patient ou son médecin et donc à la difficulté à en affirmer la stabilité. Cette difficulté est habituellement assez facilement surmontée par un contrôle



Fig. 22.



Fig. 23.

Fiche pratique

clinique et dermoscopique à M3 puis M12, idéalement basé sur des comparaisons photographiques de bonne qualité (fig. 24).

Autres lésions pigmentées des muqueuses

1. Kératose séborrhéique

Assez fréquentes sur les semi-muqueuses génitales, périanales et palpébrales, les kératoses séborrhéiques y sont volontiers plutôt planes et pas toujours très pigmentées. Les ouvertures pseudo-comédoniennes et les kystes de milium sont rares. En revanche, les vais-

seaux de type papillaire (“en épingles à cheveu” entourés d’un halo clair) permettent volontiers de suspecter le diagnostic (fig. 25). Notons toutefois que ces vaisseaux ne sont pas spécifiques et peuvent être observés dans les condylomes HPV-induits.

2. Maladie de Bowen

La maladie de Bowen est volontiers pigmentée en région semi-muqueuse génitale ou périanales. Ainsi, le diagnostic reposera moins sur la présence de vaisseaux glomérulaires regroupés en bouquets, souvent peu ou mal visibles, que sur la présence de points pigmentés alignés (fig. 26).

3. Tumeurs annexielles pigmentées

Les tumeurs sudorales sont volontiers bleutées et leur présence en région génitale et/ou palpébrale est relativement fréquente.

>>> Notons ici la fréquence particulière de l’**hidrocystome** en région palpébrale. Il se caractérise en dermoscopie par un fond nacré légèrement bleuté et la présence de fines téléangiectasies arborescentes (fig. 27) qui sont parfois sources de confusion avec un carcinome basocellulaire.

>>> L’**hidradénome papillifère** (fig. 28) et le syringocystadénome papillifère ne

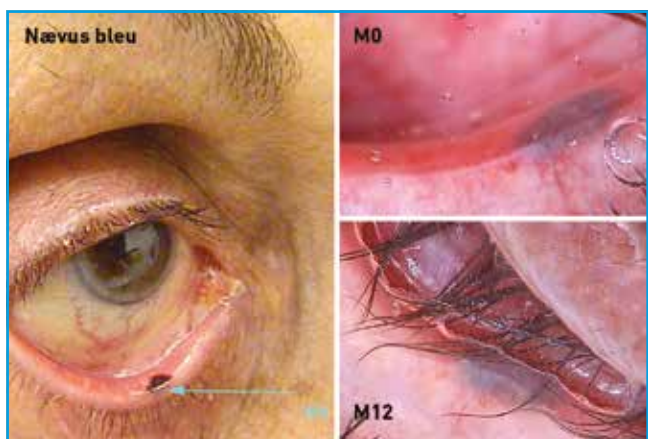


Fig. 24.

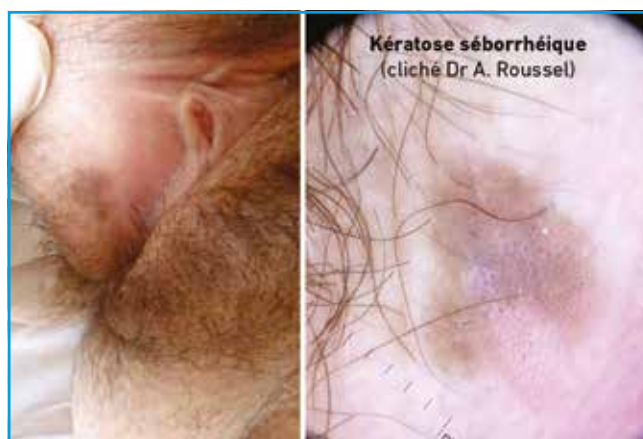


Fig. 25.

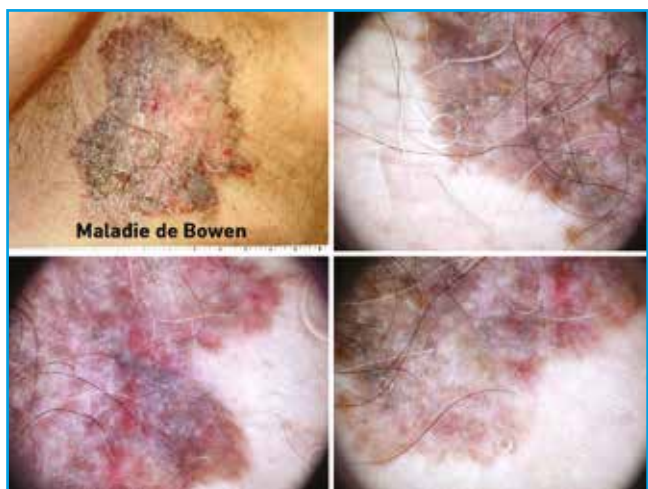


Fig. 26.



Fig. 27.

POINTS FORTS

- Le **diagnostic dermoscopique des lésions pigmentées des muqueuses** est difficile et leur approche diagnostique doit se faire avec une **très grande humilité** :
 - les lésions muticomposées, polychromes, avec zones sans structure blanc grisâtre et dépigmentation réticulaire sont suspectes de mélanome ;
 - les lésions monochromes, mono- ou bicomposées correspondent habituellement à des nævus ou à une lentiginose/mélanose bénigne des muqueuses.
- Les **nævus des muqueuses** sont volontiers monochromes, soit globulaires, soit sans structure, soit bleus avec, pour les moins pigmentés d'entre eux, des vaisseaux en points et globules. Il ne faut pas se laisser abuser par le caractère volontiers asymétrique de leurs contours alors que ces lésions conservent une bonne symétrie de contenu.
- Les **mélanoses/lentigos bénins des muqueuses** se caractérisent également par des éléments sémiologiques globulaires ou sans structure pigmentés mais aussi par des éléments arrondis ("en anneau"), arciformes ("en écailles de poisson"), en courtes structures linéaires ("en tirets") ou en plus longues structures linéaires parallèles ("en empreintes digitales").
- Le concept même de **mélanose bénigne des muqueuses** ayant une définition floue, les formes étendues devront faire l'objet d'une surveillance sans hésiter à recourir à la biopsie (ou la microscopie confocale) et à **la remise en cause des diagnostics, même histologiques, précédemment établis**.
- D'autres lésions pigmentées (kératoses séborrhéiques, angiomes et angiokératomes, maladie de Bowen et tumeurs annexielles en particuliers sudorales) peuvent être évoquées par l'examen dermoscopique en zone muqueuse.

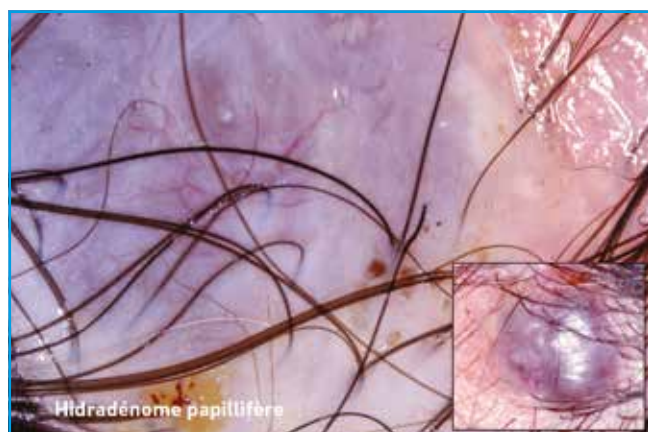


Fig. 28.

sont pas rares en pathologie vulvaire. Leur aspect papuleux et parfois leur couleur bleue homogène avec limites nettes et télangiectasies arborescentes (**fig. 28**) sont également parfois sources de confusion avec un carcinome basocellulaire.



Fig. 29.

4. Lésions vasculaires

Les angiomes dits "séniles" (souvent uniques) sont fréquents sur les lèvres et les angiokératomes (le plus souvent multiples) fréquents sur les organes génitaux.

Ils sont habituellement facilement reconnus sur leur patron "sacculaire" (**fig. 29**).

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