Fiche pratique

Fiche de dermoscopie n° 19

Cas clinique

Il s'agit d'un homme de 28 ans, de phototype IIIb avec une aptitude moyenne au bronzage. Il 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. Il n'a pas d'antécédent personnel cancérologique mais on retrouve un antécédent de mélanome cutané chez un oncle maternel.

Il a subi, il y a 4 ans et demi, l'exérèse d'une lésion pigmentée scapulaire postérieure gauche. Le motif de l'intervention (sur le compte rendu anapath) était "*nævus atypique du dos, contexte de mélanome familial*". Le patient ne conserve aucun souvenir de l'aspect préopératoire de cette lésion, mais il est certain qu'elle n'occasionnait ni douleur, ni prurit, ni saignement. Ni le patient ni le confrère qui l'a opéré n'ont conservé de photo clinique ou dermoscopique préopératoire de cette lésion. La chirurgie avait été excisionnelle (pas un *shaving*) avec suture de rapprochement simple en deux plans sous anesthésie locale. L'examen histopathologique de l'époque répondait : "*nævus mélanocytaire jonctionnel bénin, pas d'atypie cytologique ou architecturale, l'exérèse est en zone saine.*"

Depuis 2 ans, il a vu progressivement apparaître une pigmentation au centre de la cicatrice qui s'était par ailleurs lentement relâchée au cours des 2 années antérieures pour former initialement une plage atrophique cicatricielle hypochrome. Le patient ne signale aucun signe fonctionnel en lien avec cette repigmentation, il consulte d'ailleurs pour tout autre chose. La zone pigmentée ne présente pas de zone en relief notable, ni à l'inspection, ni à la palpation, la cicatrice demeure clairement visible, distendue et atrophique mais sans autre anomalie

Fig. 1.

Fig. 2.

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

Le cliché dermoscopique de la lésion en immersion + polarisation est présenté sur la ***figure 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 sur cicatrice est présente depuis environ 2 ans et siège dans une zone cicatricielle où une lésion pigmentée réputée bénigne a été retirée il y a un peu plus de 4 ans. Le compte rendu histologique précise que *"la lésion n'était pas suspecte"* et que "*son exérèse était totale*". Cette résurgence pigmentaire peut donc correspondre :
– soit à la réapparition d'un mélanome sous-évalué lors du premier examen histologique et réapparu du fait de la nature maligne volontiers récidivante de ce néoplasme lorsque son exérèse n'a pas été suffisamment large et a pu laisser persister quelques mélanocytes malins dans la cicatrice ;
– soit à la réapparition du nævus initial dont l'exérèse a pu, en certaines zones de la marge chirurgicale non intéressées par les coupes histologiques, être focalement incomplète, laissant persister des mélanocytes bénins qui ont alors recolonisé la cicatrice tout en restant bénins ;
– soit à la blessure chirurgicale, sur la marge d'exérèse de la lésion initiale, d'une lésion voisine ou contiguë du nævus retiré alors et dont le traumatisme a conduit à une extension dans la zone cicatricielle dont on sait qu'elle est le plus souvent bénigne mais d'interprétation histopathologique délicate du fait du classique phénomène de "pseudo-mélanome" d'Ackerman.

L'absence de lésion identifiable sur la marge de la cicatrice est contre la dernière hypothèse mais les deux autres sont parfaitement recevables. On retient donc le diagnostic clinique de résurgence pigmentaire de nature indéterminée. Le caractère histopathologiquement bénin de la lésion initialement retirée, la localisation de la résurgence pigmentaire au centre géométrique de la cicatrice et l'absence d'atteinte de la peau au-delà de la zone de cicatrice proprement dite sont en faveur d'un processus plutôt bénin. En dermoscopie, le caractère centrifuge de la zone pigmentée (avec un centre plus sombre et la présence de lignes transversales à l'axe de la cicatrice) et l'absence totale de pigmentation en zone péri-cicatricielle sont également en faveur de la bénignité.

2. Quelle est votre proposition de prise en charge ?

Ces situations de résurgence pigmentaire sont délicates à gérer et l'attitude classique d'en procéder systématiquement à l'exérèse reste le plus souvent de mise malgré une meilleure connaissance des critères dermoscopiques de malignité, ici pour la plupart absents, dans cette situation. On procédera systématiquement à une relecture des lames histologiques initiales et, le plus souvent, à une excision de la zone de cicatrice et de la zone pigmentée avec idéalement une lecture comparative des préparations histologiques actuelles et antérieures.

Ici, la chirurgie a été préférée à la surveillance du fait de la présence d'un seul critère dermoscopique de malignité : le caractère plurifocal de la résurgence pigmentaire même si le principal critère était absent (pas d'atteinte significative de la peau saine périphérique non intéressée par le processus cicatriciel).

3. Solution

Dans le cas présent, la relecture des lames histopathologiques initiales confirmera le caractère bénin de la première lésion et l'examen histologique de la pièce opératoire de la résurgence ne retiendra pas de critère de malignité. Le patient sera revu 6 ans plus tard pour une autre raison et aucune nouvelle récidive ne sera constatée. Il est depuis perdu de vue.

Fig. 3.

Commentaires (*fig. 4*)

Cette histoire et ce tableau clinique sont assez caractéristiques de la présentation habituelle des résurgences pigmentaires sur cicatrice. Le tissu cicatriciel étant remanié, la présentation clinique est habituellement atypique par son asymétrie, sa relative hétérochromie et l'impression de désordre architectural à l'observation clinique et dermoscopique. Si l'on ne tient pas compte du contexte cicatriciel, il existe un patron multicomposé (réseau + globules + zone sans structure) et asymétrique, trichrome (blanc + gris + brun foncé) avec présence de critères additionnels de malignité (dépigmentation pseudo-cicatricielle de répartition asymétrique + granulation grise).

Fiche pratique

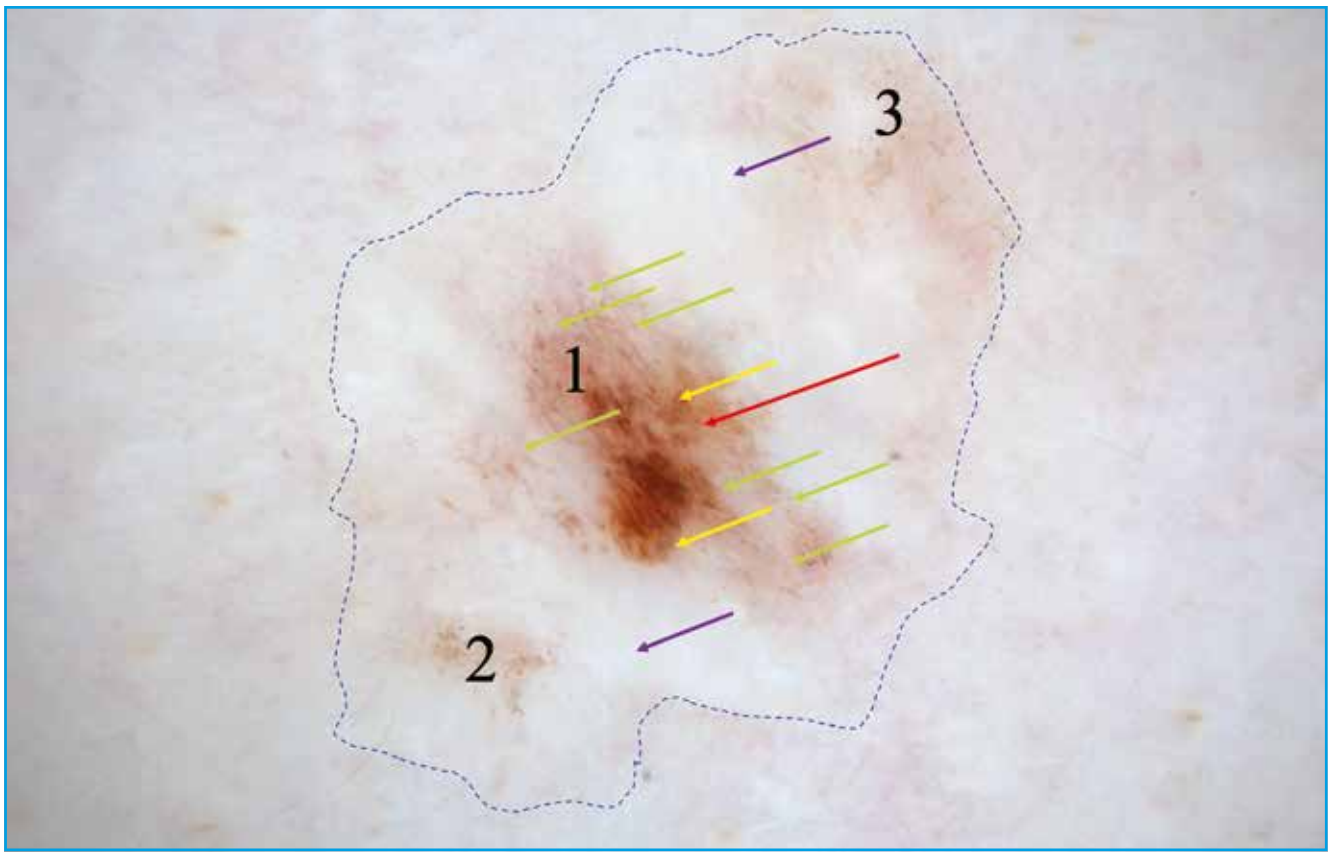

Fig. 4.

Mais, naturellement, la présence d'une cicatrice, qui constitue une "exception anatomique", doit être prise en compte dans l'analyse de la sémiologie.

Le principal critère de malignité, ici absent, s'apprécie à l'œil nu mais aussi et surtout en dermoscopie : il s'agit de l'extension au-delà de la zone de tissu intéressée par le processus cicatriciel (délimité par les ***pointillés bleus***). Le second critère de malignité est ici présent mais il a une moindre valeur : c'est le caractère plurifocal de la résurgence pigmentaire (***chiffres 1, 2 et 3***).

On observe des zones de dépigmentation cicatricielle (***flèches violettes***) avec lignes blanches et brillantes. Il ne s'agit pas ici, bien sûr, de dépigmentation "pseudo-cicatricielle", décrite dans les fiches précédentes, comme on peut l'observer dans les processus de régression des tumeurs mélanocytaires, mais d'une cicatrice vraie !

On observe également de très discrètes zones de granulation grise (***flèches jaunes***) trop peu marquées pour être significatives.

Enfin et surtout, l'architecture globale de la pigmentation revêt ici le principal aspect de bénignité pour une résurgence pigmentaire sur cicatrice : c'est l'impression de croissance symétrique par rapport au centre (***flèche rouge***) de la cicatrice avec impression de stries centrifuges plutôt transversales à l'axe principal de la cicatrice (***flèches vertes***).

Malgré la prédominance des critères bénins, la prudence est de rigueur dans cette situation et le doute raisonnable a conduit fort logiquement, dans le cadre d'une pratique prudente de la dermoscopie, à l'exérèse chirurgicale pour établir un nouvel examen histopathologique (toujours interprété en comparaison avec les lames histopathologiques originales de la première lésion lorsqu'elles sont disponibles).

Dermoscopie des lésions pigmentées survenant sur cicatrice

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

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, le visage et les muqueuses – 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.

Les cicatrices constituent la cinquième et dernière "exception anatomique" à l'approche dermoscopique pour la même raison : le processus de cicatrisation va perturber l'agencement anatomique du derme et de l'épiderme, et tout particulièrement celui de la jonction dermo-épidermique. L'hypoderme peut parfois être modifié par une cicatrice mais les chromophores qui s'y trouvent sont habituellement trop profonds pour avoir une traduction dermoscopique significative en dehors parfois d'un simple aspect bleuté en cas de présence de mélanine quelle qu'en soit la cause. En revanche, la palpation, étape clé de l'analyse sémiologique dermatologique, peut s'en trouver grandement modifiée (***fig. 5***).

Les cicatrices peuvent être thérapeutiques : zone d'excision chirurgicale avec pièce opératoire ayant donné lieu à un examen histopathologique ou de simple destruction de lésion (cryothérapie, laser, électrocoagulation, curetage, etc.) sans examen histologique de l'entièreté de la zone atteinte mais par-

Fig. 5 : Récidive intradermique de mélanome.

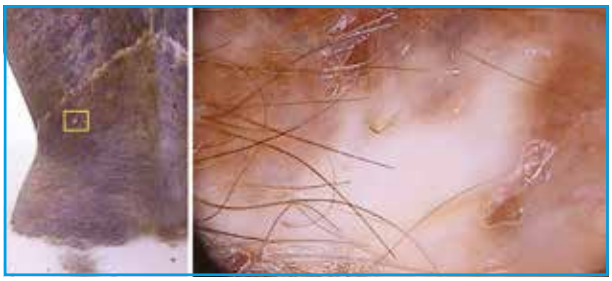

Fig. 6 : Nævus "géant" congénital traumatisé.

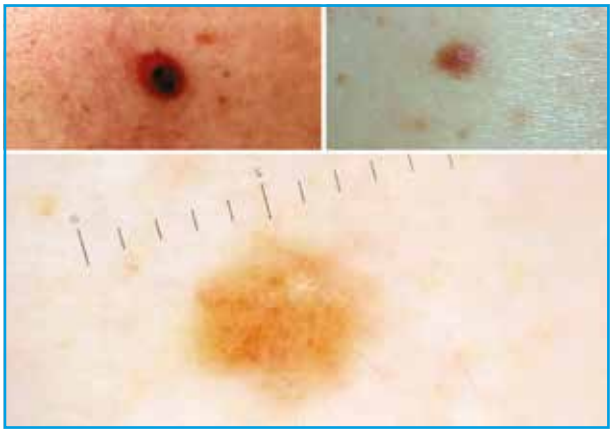

Fig. 7 : Folliculite sous-nævique et sa cicatrice dermoscopique (cliché Dr C. Langella).

Fiche pratique

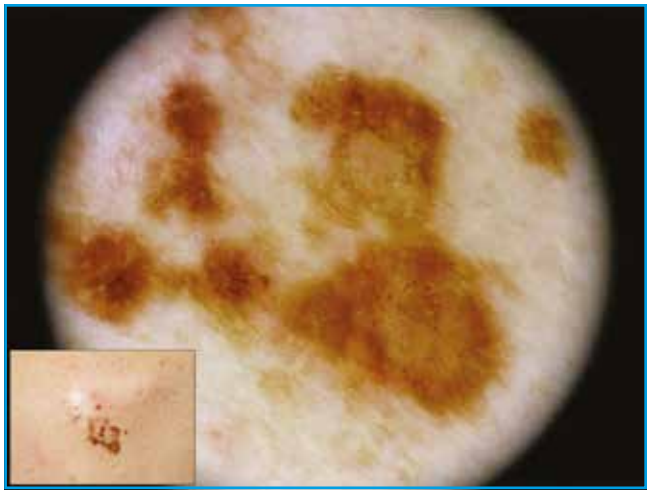

Fig. 8 : Résurgence pigmentaire bénigne.

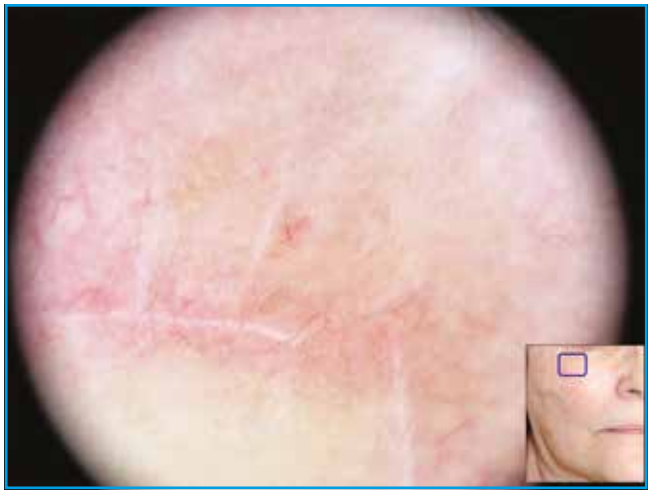

Fig. 9 : Récidive intraépidermique de mélanome LMM.

fois seulement/rarement une biopsie partielle de la lésion. Elles peuvent être accidentelles, ce qui est relativement fréquent dans les grands nævus congénitaux (***fig. 6***), mais cette notion de traumatisme doit être intégrée avec prudence dans l'interprétation des données sémiologiques sur une lésion isolée car :
– les tumeurs malignes se caractérisent souvent par une plus grande fragilité aux traumatismes, qui agissent alors comme des révélateurs ;
– la dépigmentation pseudo-cicatricielle liée aux processus de régression des tumeurs malignes est indistinguable dermoscopiquement des cicatrices vraies engendrées par un traumatisme.

Enfin, on peut observer des cicatrices liées à un processus inflammatoire ayant intéressé la lésion, comme c'est singulièrement le cas des folliculites sous-nævIques, mais leur interprétation est rarement difficile du fait de l'aspect très localisé, et parfois centré par un poil, de la dépigmentation et de son aspect dermoscopique étoilé (***fig. 7***).

Une pigmentation survenant sur la cicatrice chirurgicale de traitement d'un processus initialement considéré comme bénin fait généralement suspecter un des quatre processus suivants :
– le plus grave : la récidive d'un mélanome histopathologiquement sous-évalué lors de l'examen anatomopathologique initial quelle qu'en soit la raison (tumeur d'interprétation difficile, mauvaise qualité du prélèvement ou erreur vraie d'appréciation) ou la récidive d'un mélanome sous-évalué cliniquement (quelle qu'en soit la raison) et traité par une méthode destructive sans examen histologique ;
– la récidive d'un nævus bénin dont l'exérèse initiale a été incomplète quelle qu'en soit la raison : assumée lors de l'exérèse à but esthétique par *shaving* d'un nævus non suspect afin d'en minimiser la cicatrice ou involontaire et ayant alors pu passer inaperçue lors de l'examen histologique initial du fait des incidences de coupe du spécimen chirurgical ;
– le traumatisme d'une lésion pigmentée plus ou moins insignifiante se trouvant sur la marge d'exérèse de la lésion primitivement retirée ;
– l'hyperpigmentation photo-induite de la cicatrice, comme c'est assez fréquent en particulier sur les greffes, sans rapport avec le processus initial mais particulièrement troublante lorsque le geste chirurgical initial constituait le traitement d'un mélanome.

Il peut enfin survenir diverses anomalies, pigmentées ou non, en zone cicatricielle dont l'interprétation peut être difficile même lorsque le diagnostic de la lésion initialement traitée ne suscite aucun doute du fait d'un examen histopathologique incontestable.

Malgré une meilleure connaissance actuelle des critères dermoscopiques en faveur de la bénignité des résurgences pigmentaires, il convient, dans le cadre d'une pratique prudente de l'oncodermatologie en général et de la dermoscopie en particulier, d'adopter ici aussi une attitude humble et prudente en cas de pigmentation sur cicatrice. En raison des désordres anatomiques engendrés par le processus de cicatrisation, les résurgences bénignes peuvent en effet avoir un aspect très atypique (***fig. 8***), alors que certaines récidives de mélanome peuvent prendre un aspect presque insignifiant (***fig. 9***). Aussi, le recours à la réexpertise de l'histologie initiale ou à la biopsie, ou aux deux, devra être décidé facilement en cas de doute.

Signes dermoscopiques en faveur d'une résurgence pigmentaire maligne

Cinq signes dermoscopiques doivent faire suspecter un processus malin :
– la **pigmentation s'étendant au-delà des limites de la cicatrice :** c'est le signe cardinal car, dans la plupart des cas, les processus bénins n'ont pas la capacité

de s'étendre sur le tissu sain avoisinant (***fig. 10***). Dans le cas d'une cicatrice de plastie chirurgicale, il faudra bien veiller à interpréter ce phénomène à la lumière de la situation anatomique des tissus avant le mouvement de translation ou rotation plastique (***fig. 9***). Chaque fois que la peau saine juxta-cicatricielle est atteinte, une biopsie s'imposera quel que soit le diagnostic posé après le premier geste ;
– le **caractère excentré de la pigmentation par rapport à la cicatrice :** la plupart des processus malins ont un patron de prolifération asymétrique, ce qui se traduit en cas de récidive par une localisation en dehors du centre géométrique de la cicatrice (***fig. 11***) ;
– le **caractère plurifocal de la pigmentation :** pour la même raison, une résurgence pigmentaire plurifocale, comme dans le cas introductif, sera considérée comme suspecte ;
– le **désordre architectural** ("chaos" en langage métaphorique) : ce critère, classique en dermoscopie en zone indemne de cicatrice, est souvent pris en défaut dans cette situation du fait des remaniements anatomiques engendrés par le processus de cicatrisation. Il doit être regardé comme peu fiable et à risque de surdiagnostic, surtout s'il est isolé (***fig. 2, 3, 4 et 8***) ;
– la présence de **cercles folliculaires :** elle est observée quasiment exclusivement sur le visage mais c'est ici surtout une aide en cas de traitement initial "non histologique" (***fig. 12 et 13***) car les cas faisant suite au traitement d'un mélanome type LMM bien identifié sont soit très peu significatifs (***fig. 9***), soit parfaitement évidents (***fig. 14***).

Signes dermoscopiques en faveur d'une résurgence pigmentaire bénigne

Il y a trois signes dermoscopiques plutôt en faveur d'un processus bénin :
– la **localisation au centre géométrique de la zone de cicatrice** est assez fréquemment observée dans cette situation (***fig. 15***) ;
– la **symétrie du processus de pigmentation** est malheureusement assez rare en cas de cicatrice distendue, mais elle participe à l'impression de bénignité du processus de repigmentation si elle est au moins présente sur un axe (le plus souvent l'axe transversal à la cicatrice) ;
– la **présence de lignes radiaires** créant l'impression de **diffusion centrifuge de la pigmentation :** c'est finalement le

Fig. 10 : Récidive de mélanome de type ALM.

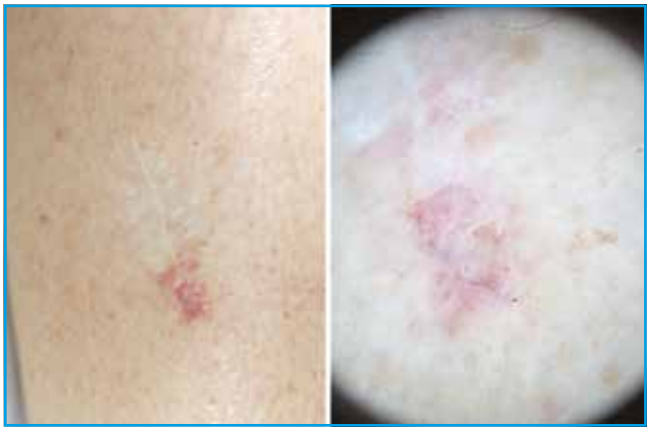

Fig. 11 : Récidive de mélanome de type SSM achromique.

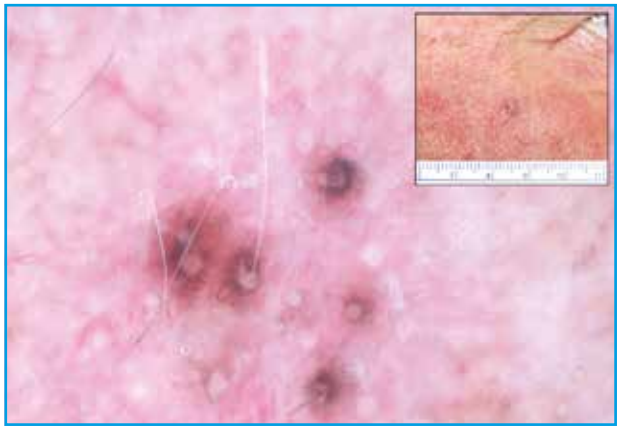

Fig. 12 : Récidive précoce de mélanome de type LMM après cryothérapie dans l'hypothèse d'une kératose séborrhéique.

Fig. 13 : Récidive tardive de mélanome de type LMM après cryothérapie dans l'hypothèse d'un lentigo actinique.

Fiche pratique

Fig. 14 : Récidive de mélanome LMM.

Fig. 15 : Résurgence pigmentaire bénigne.

signe le plus crédible de bénignité, il crée une structure globalement centrale sur la zone de cicatrice avec la création de projections pigmentées surtout orientées de manière perpendiculaire à l'axe de la cicatrice. Elles peuvent prendre un aspect de lignes parallèles ou de réticulation créant une sorte de relatif ordre architectural centrifuge (***fig. 2, 3, 4 et 15***).

Notons toutefois que de nombreux cas difficiles sont rencontrés et que seul l'examen histopathologique peut permettre une conclusion sûre dans ces cas (***fig. 8 et 16***).

Signes dermoscopiques liés au traumatisme d'une lésion sur la marge d'exérèse

Ce phénomène est souvent observé sur les vastes cicatrices de reprise d'exérèse élargie de mélanome, notamment sur le tronc, ce qui peut apparaître au premier abord particulièrement inquiétant compte tenu du diagnostic initial. Toutefois, la présentation clinique et surtout dermoscopique est tellement stéréotypée qu'avec un peu d'expérience on peut facilement le reconnaître et ne rien proposer d'autre qu'une simple surveillance.

Ici, le processus sera souvent non symétrique et non centré par rapport à la zone d'emprise de la cicatrice, mais on observera le plus souvent un aspect radiaire débutant sur un bord de la cicatrice aboutissant parfois à la traverser sur toute sa largeur. En outre, il n'est pas rare de retrouver, à l'origine de la pigmentation sur le bord de la cicatrice, les vestiges de la lésion initiale traumatisée par le geste chirurgical.

Sur la cicatrice, l'architecture dermoscopique est le plus souvent monochrome brun clair et monocomposée finement réticulaire (***fig. 17***) ou en lignes parallèles (***fig. 18***) avec un seul axe de symétrie généralement transversal à la cicatrice. Sur le bord, l'architecture dermoscopique globulaire ou réticulaire dépendra de la nature de la lésion traumatisée. Considérée isolément, la lésion restante sur le bord conserve une bonne symétrie sur un axe (le plus souvent l'axe transversal à la cicatrice mais pas toujours).

Fig. 16 : Résurgence pigmentaire bénigne.

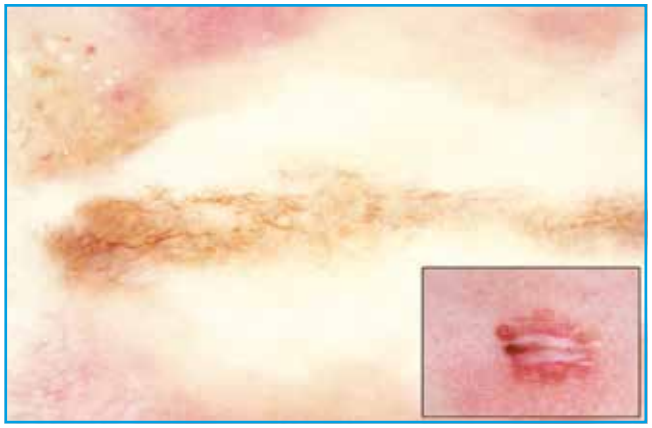

Fig. 17 : Pigmentation bénigne suite à la blessure chirurgicale d'une lésion de la marge.

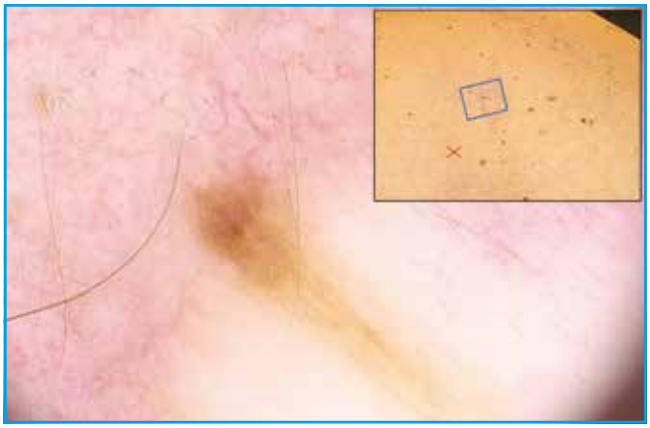

Fig. 18 : Cicatrice de reprise élargie de mélanome. Pigmentation bénigne suite à la blessure chirurgicale d'une lésion de la marge.

Pigmentation post-inflammatoire ou photo-induite de la cicatrice

C'est un phénomène connu, en particulier chez les patients de phototype foncé : les cicatrices peuvent se pigmenter anormalement lors de l'exposition solaire ou lorsque la cicatrisation a été marquée par une importante inflammation. Et ce, à tel point qu'on déconseille les expositions des cicatrices dans les 2 années suivant une intervention de dermatologie chirurgicale. Toutefois, cette consigne n'est pas toujours respectée et, parfois même, alors que les mesures de protection sont bien prises, on peut observer un aspect hyperpigmenté post-inflammatoire d'une cicatrice, et alors volontiers irrégulier, ce qui peut soulever une suspicion surtout si le processus initialement traité était un mélanome.

C'est fréquent et le plus souvent assez facile à interpréter en cas de greffe car la pigmentation est en nappe assez homogène (***fig. 19***) avec un aspect monocomposé réticulaire brun en dermoscopie.

C'est beaucoup plus difficile si la greffe a connu des difficultés de cicatrisation initiale créant des irrégularités tissulaires et donc pigmentaires (***fig. 20***) ou si la pigmentation fait suite à une cicatrisation dirigée ou une suture en tension secondairement distendue.

Fig. 19 : Pigmentation actinique et post-inflammatoire sur greffe après traitement pour maladie de Bowen.

Fig. 20 : Pigmentation post-inflammatoire sur greffe après traitement pour mélanome.

Fiche pratique

Autres situations plus anecdotiques

>>> Les récidives de carcinome basocellulaire sont parfois très difficiles à diagnostiquer dermoscopiquement. Seuls les critères positifs en faveur d'un carcinome basocellulaire peuvent être pris en compte. En revanche, l'absence de signe dermoscopique ne permet habituellement pas d'éliminer toute arrière-pensée pour une récidive (***fig. 21***). Par conséquent, on n'hésitera pas à recourir à la biopsie en cas de suspicion clinique de récidive, même en l'absence de signe dermoscopique.

>>> Certaines cicatrices un peu hypertrophiques peuvent être parcourues de télangiectasies arborescentes, ce qui pourrait faire suspecter à tort le diagnostic de récidive de carcinome basocellulaire (***fig. 22***). Le recours à la biopsie avant tout geste

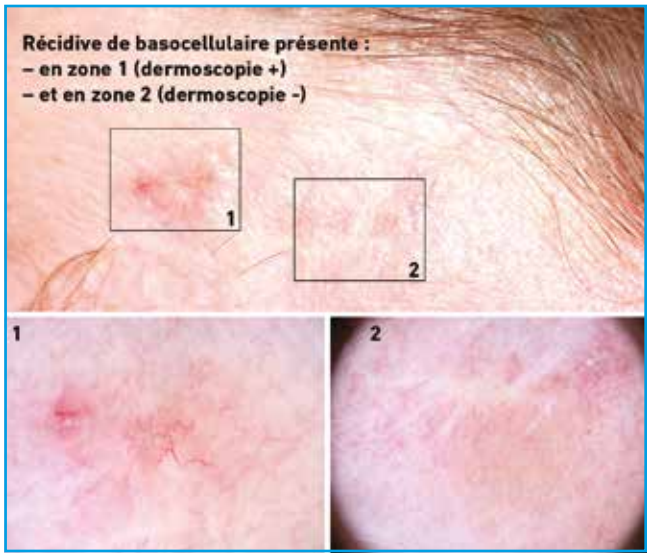

Fig. 21.

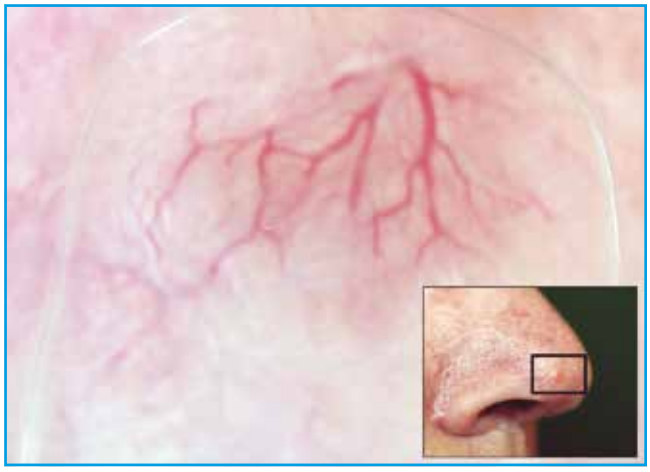

Fig. 22 : Cicatrice hypertrophique simple (de carcinome basocellulaire).

POINTS **FORTS**

- Le **diagnostic dermoscopique des lésions pigmentées sur cicatrices** est difficile et leur approche diagnostique doit se faire avec une grande humilité :
  – les **lésions s'étendant au-delà des limites de la cicatrice sont suspectes** et doivent être biopsiées ;
  – les **lésions excentrées par rapport à la cicatrice ou présentant une pigmentation plurifocale sont suspectes** et doivent le plus souvent être biopsiées ;
  – sur le **visage**, les lésions récidivantes, en particulier après un traitement destructeur sans examen histologique préalable et présentant des cerclages folliculaires, doivent faire remettre en cause le diagnostic bénin initial et faire l'objet d'un examen histopathologique.
- Les **pigmentations liées à une blessure d'une lésion préexistante sur la marge chirurgicale** sont très fréquentes, en particulier sur le tronc, et faciles à reconnaître. Si elles sont typiques avec une **extension linéaire perpendiculaire à la cicatrice avec en dermoscopie des fines lignes parallèles ou une réticulation monochrome, elles peuvent être simplement surveillées,** même dans le cas où la chirurgie initiale avait été conduite pour traiter un mélanome.
- Les **résurgences pigmentaires bénignes** se caractérisent habituellement par leur **position au centre** de la cicatrice, leur **patron de croissance symétrique et centrifuge,** leur caractère monoloculaire et l'absence d'extension au-delà des limites de la cicatrice. Toutefois, de **nombreux cas très difficiles** existent.
- Les **récidives de carcinome basocellulaire** sont difficiles à apprécier en dermoscopie et **seuls les signes positifs ont de la valeur** alors qu'une dermoscopie négative n'élimine pas le diagnostic de récidive.
- D'autres phénomènes peuvent se produire sur une cicatrice :
  – pigmentation post-inflammatoire ou actinique ;
  – granulomes divers ;
  – tatouages ;
  – etc.
- La dermoscopie peut parfois aider à leur identification.

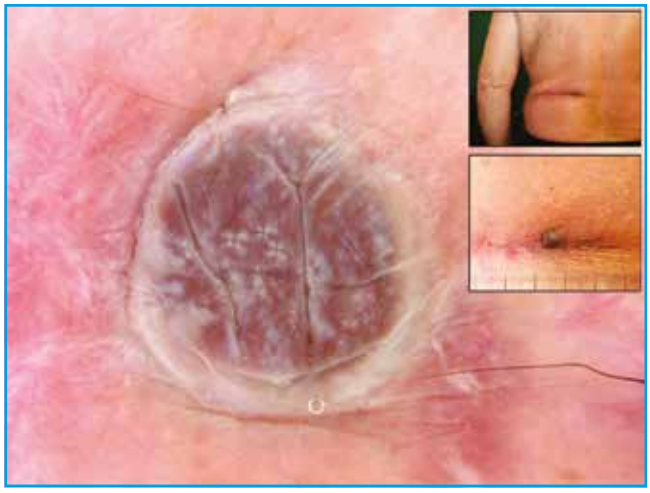

Fig. 23 : Granulome pyogénique épidermisé sur cicatrice de mélanome.

Fig. 24 : Sarcoïde sur cicatrice de carcinome basocellulaire.

étendu s'impose donc si ce seul signe est présent.

>>> On peut observer toutes sortes de phénomènes sur les cicatrices qui peuvent être troublants cliniquement et dermoscopiquement si la cicatrice était liée au traitement d'une tumeur maligne. Il peut s'agir de granulomes de résorption de fils de suture profonds, de tatouages liés à l'usage de sutures résorbables colorées en bleu, de granulome pyogénique ("botryomycome") (***fig. 23***), de sarcoïdes (en particulier sous immunothérapie ou inhibiteurs de tyrosine kinase) (***fig. 24***), etc. L'approche dermoscopique permet parfois de suspecter ces diagnostics : aspect lupoïde (***fig. 24***), mais pas toujours.

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