

Fiche pratique

Fiche de dermoscopie n° 20

Cas clinique (fig. 1 à 5)

Il s'agit d'un homme de 48 ans, de phototype IIIb avec une bonne aptitude 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 ou familial cancérologique. Il ne prend aucun médicament et n'a jamais reçu de traitement au long cours dans sa vie.

Il n'est pas particulièrement inquiet à propos de sa peau mais il a entendu parler des cancers de la peau et de leur dépistage lors d'une émission de télévision. Son médecin traitant n'a pas trouvé d'élément inquiétant au cours de son dernier examen mais il lui a tout de même conseillé un examen à titre systématique.

Lui-même n'a pas remarqué de changement récent de ses quelques lésions cutanées.

Nous ne retenons pour illustrer ce cas clinique que 5 lésions mais le reste de l'examen est insignifiant ou retrouve des lésions très similaires à celles présentées sur les **figures 1** (deux autres, plus petites), **2** (six autres, de taille et couleur similaires) et **4** (une douzaine). Les lésions n° 3 et 5 sont uniques en leur genre chez ce patient.

Vous faites l'anamnèse suivante :

- il avait bien connaissance de l'existence de la lésion n° 1 située sur le dos, qu'il décrit comme présente depuis "au moins son adolescence" et qui "s'irrite" parfois lors des frottements vestimentaires mais qui ne le gêne habituellement

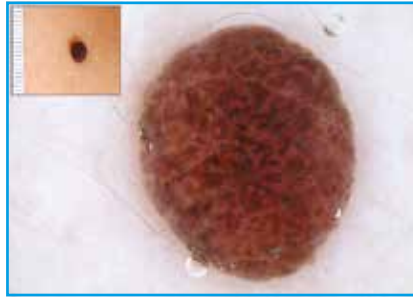


Fig. 1.



Fig. 3.

pas. Il est incapable de dire si elle a grossi récemment ;

- la lésion n° 2 siège sur l'avant-bras gauche : le patient n'a aucune idée de son ancienneté, elle lui "semble stable" et ne provoque aucun symptôme ;
- la lésion n° 3 est présente "depuis toujours" sur le gros orteil droit. Elle est stable et ne provoque aucune gêne ;
- la lésion n° 4 est récente, asymptomatique. Le patient a d'ailleurs noté depuis quelques années l'apparition d'assez nombreuses taches rouges (une douzaine tout au plus) du même type sur son tronc et sur un bras sans s'en inquiéter ;
- il avoue finalement que c'est la découverte de la lésion n° 5 sur la tempe gauche qui l'a poussé à consulter. Celle-ci serait présente depuis un peu plus d'un an : "Ce ne serait pas une tache de vieux, docteur?"

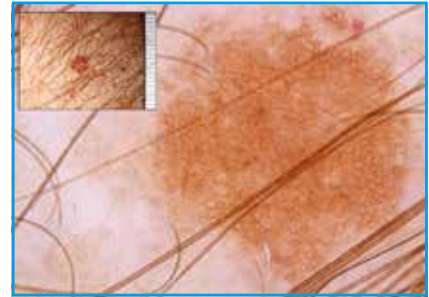


Fig. 2.

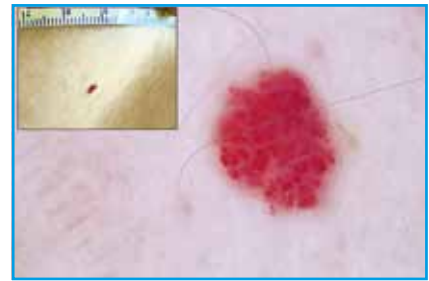


Fig. 4.

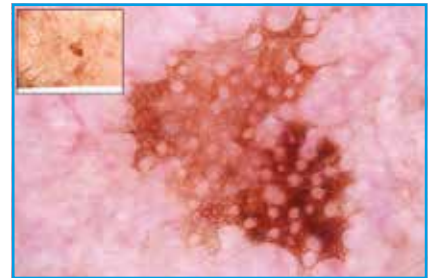


Fig. 5.

Quel est votre diagnostic ?

Quelle est votre proposition de prise en charge ?

Fiche pratique

Solution

1. Quel est votre diagnostic ? (fig. 6)

● **Lésion n° 1 :** cette lésion est un nævus pigmentaire pavimenteux (équivalent du patron globulaire).

● **Lésion n° 2 :** cette lésion est un nævus pigmentaire réticulaire.



Fig. 6.

● **Lésion n° 3 :** cette lésion est un nævus bleu.

● **Lésion n° 4 :** cette lésion est un hémangiome capillaire (“point rubis”).

● **Lésion n° 5 :** cette lésion est un lentigo actinique.

2. Quelle est votre proposition de prise en charge ?

Aucune de ces cinq lésions ne nécessite de vérification anatomopathologique de sa nature. Toutes sont clairement identifiées comme bénignes par l'examen dermoscopique qui se suffit parfaitement à lui-même.

Pour toutes les lésions, l'abstention thérapeutique est la meilleure attitude.

La destruction sans contrôle histologique du lentigo actinique (lésion n° 5), quelle qu'en soit la méthode, peut légitimement être proposée si elle est souhaitée par le patient. L'exérèse du nævus tubéreux (lésion n° 1) pourrait être proposée à but “cosmétique/ergonomique” mais cette chirurgie et l'examen histologique de la pièce opératoire ne pourront pas, en l'absence d'indication médicale, faire l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie.

Le patient ne présente en outre aucun facteur de risque de cancer de la peau significatif :

- pas d'antécédent personnel de cancer cutané ;
- pas d'antécédent familial de cancer cutané (ni de connaissance de la présence d'une mutation prédisposant au cancer de la peau dans sa famille) ;
- phototype moyen IIIb et bonne aptitude au bronzage ;
- passé solaire raisonnable (pas de stigmates de dommage actinique marqué) ;
- peu de nævus pigmentaires (moins de 25) dont la plupart sont réticulaires, peu sont globulaires, une seul est un nævus bleu. Aucun n'est cliniquement ou dermoscopiquement atypique ;
- pas d'immunosuppression.

Il n'y a donc pas lieu de lui proposer de surveillance dermatologique systématique à rythme régulier. On lui propose simplement de s'auto-surveiller et de revenir consulter en cas d'apparition de nouvelle lésion ou en cas de modification tangible d'une lésion cutanée préexistante. On lui expliquera les critères habituels d'alarme : changements de taille, de forme, de couleur ou de sensation d'une lésion ancienne, apparition d'une nouvelle lésion cutanée non spontanément résolutive en 1 mois et les critères ABCDE du mélanome cutané. On pourra aussi lui donner des conseils simples de photoprotection en insistant, bien sûr, sur la protection vestimentaire.

Commentaires (fig. 7)

>>> **La lésion n° 1** présente un patron dermoscopique pavimenteux. Le patron pavimenteux est un équivalent du patron globulaire (cf. *fiche de dermoscopie n° 1*) plutôt rencontré à l'âge adulte, le plus souvent sur des lésions en relief alors que les patrons globulaires sont plutôt observés chez l'enfant et sur des lésions planes ou de faible relief. Cette lésion est monochrome (au sens dermoscopique du terme qui ne comprend que six couleurs : ici le brun foncé), mono-composée (uniquement des pavés = globules), sans désordre architectural et avec une bonne symétrie de contenu (la seule qui compte vraiment, l'asymétrie de contours ayant une bien moindre valeur sémiologique). Elle est composée de “pavés” polygonaux juxtaposés et séparés par des espaces un peu plus clairs (délimités par les **pointillés jaunes**). Cette lésion correspond à un nævus bénin, les concordances anatomodermoscopiques étant loin d'être parfaites on évitera les termes anatomiques (tels que “nævus dermique”) pour décrire de telles lésions et on parlera de nævus globulaire ou pavimenteux. Il n'y a pas d'indication de chirurgie ou de surveillance dermatologique pour une telle lésion.

>>> **La lésion n° 2** présente un patron dermoscopique réticulaire (cf. *fiche n° 2*).



Fig. 7.

Cette lésion est monochrome (brun clair) et mono-composée (uniquement du réseau pigmenté : **surligné en rouge**). Il n'y a pas de désordre architectural et on observe une bonne symétrie de contenu. L'analyse sémiologique du réseau lui-même objective un réseau régulier dans son épaisseur, sa couleur, la taille de ses mailles et entre-mailles. Son dessin est fin et, en périphérie, ses bords s'estompent progressivement. L'âge du patient est compatible avec la présence de nævus réticulaires même récents. Enfin, le reste de l'examen objective plusieurs autres lésions similaires sur le reste de la peau du patient (il ne s'agit donc pas d'un "vilain petit canard" dermoscopique). La couleur de la lésion est en accord avec le phototype du patient (IIIb). Cette lésion correspond donc très certainement à un nævus réticulaire (éviter le terme anatomique "nævus jonctionnel")

bénin. Il n'y a pas d'indication de chirurgie ou de surveillance médicale pour une telle lésion. L'auto-surveillance est la meilleure attitude.

>>> **La lésion n° 3** présente un patron dermoscopique sans structure bleu (dit également "homogène") (cf. fiche n° 5). Cette lésion est monochrome (bleue) et mono-composée (une seule tache sans autre structure dermoscopique reconnaissable : **flèche violette**). Ses bords sont flous (**flèches vertes**), ce qui signe une localisation relativement profonde (dermique). Il n'y a pas d'argument anamnestique pour l'un des trois rares diagnostics différentiels (métastase de mélanome, tatouage ou corps étranger sous-cutané). Il s'agit donc d'un nævus bleu commun, ce qui est conforté par l'interrogatoire signalant son ancienneté. On peut noter que c'est une des rares exceptions à l'usage accepté d'un terme anatomique en dermoscopie pour décrire un nævus (mais le terme nævus bleu est-il bien anatomopathologique puisque les nævus bleus sont noirs sous le microscope ?). Il n'y a, bien sûr, pas d'indication de chirurgie ou de surveillance dermatologique pour une telle lésion.

>>> **La lésion n° 4** présente un patron dermoscopique sacculaire (cf. fiche n° 6).

Cette lésion est monochrome (rouge) et mono-composée (seulement des sacculs caractérisés par leur limite nette, leur couleur homogène et leur disposition juxtaposée s'écrasant les uns les autres avec des angles de raccordement aigus entre sacculs : **surlignés en bleu**). Cet aspect correspond à un hémangiome capillaire (point rubis ou "cherry hemangioma") mais l'aspect dermoscopique est exactement le même dans l'angiokératome qui est donc indistinguishable. Il n'y a, bien sûr, pas d'indication d'exérèse ou de surveillance médicale pour une telle lésion.

>>> **La lésion n° 5** siège sur le visage et son analyse sémiologique ne se fait donc pas par l'analyse des patrons dermoscopiques. On utilise ici l'approche diagnostique inversée (cf. fiche n° 14) qui consiste à rechercher d'abord des signes patents et largement représentés des deux diagnostics différentiels du mélanome de Dubreuilh : le lentigo actinique et la kératose actinique pigmentée. Cette dernière hypothèse est éliminée par l'absence d'érythème interfolliculaire, de squames, d'irrégularité de taille des follicules pilosébacés (**doubles flèches vertes** montrant un calibre similaire sur toute la lésion) et l'absence de "rosettes" (quatre points blancs aux quatre points cardinaux des follicules visibles seulement en lumière polarisée). En revanche, il existe trois signes patents et constants en faveur d'un lentigo actinique (kératose séborrhéique plane) : une bordure très nette (**flèches rouges**), un contour volontiers polyconcave (ou "mordillé" ou "mangé par les mites" : surligné par un **pointillé jaune**) et enfin des espaces interfolliculaires (délimités **en violet**) colorés de manière assez homogène en brun avec une fine réticulation (**surlignée en rouge**) qui reste toujours strictement interfolliculaire. Il n'y a, bien sûr, pas d'indication de contrôle anatomopathologique ou de surveillance dermatologique pour une telle lésion. Sa destruction sans contrôle histologique, si elle est souhaitée par le patient, est parfaitement licite.

I Fiche pratique

Décision diagnostique devant une lésion pigmentée : première partie “Pas de traitement ni de surveillance”

L. THOMAS

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

Avec cette vingtième fiche s'ouvre une série de trois nouveaux chapitres consacrés à la décision diagnostique. La décision thérapeutique est d'un autre ordre et ne sera pas abordée ici, même si bien souvent les deux actions se recouvrent dans la pratique dermatologique. La décision diagnostique va intégrer le contexte de survenue de la lésion considérée (âge du patient, ses comorbidités significatives, ses facteurs de risque, antécédents et la vitesse de croissance de la lésion ainsi que sa durée d'existence) et les caractéristiques sémiologiques cliniques et dermoscopiques de chaque lésion considérée au terme, bien sûr, d'un examen de l'entière de la surface cutanée.

Si on excepte les motivations esthétiques et/ou ergonomiques, la décision médicale diagnostique ne pourra être que de trois ordres devant une lésion donnée :
– ne rien faire de plus pour confirmer le diagnostic, ce qui correspond à la situation exposée dans ce chapitre ;
– pratiquer un prélèvement partiel ou une exérèse de toute la lésion pour contrôle histopathologique que nous verrons dans le second chapitre de cette série ;
– proposer un contrôle évolutif, que nous évoquerons dans le troisième et dernier chapitre.

Devant un ensemble lésionnel et anamnestique, soit donc un patient considéré dans sa globalité et non plus une lésion unique, la décision médicale diagnostique ne peut être que de deux ordres :
– lui proposer de désormais s'auto-surveiller et de ne revenir consulter qu'en cas d'apparition d'une situation suspecte pour lui-même ou son médecin traitant ;
– lui proposer de revenir régulièrement en consultation, même en l'absence de tout critère d'alarme pour un contrôle.

■ Contexte

La dermoscopie ne constitue pas un test diagnostique étalon (*gold standard*) devant une lésion cutanée de nature tumorale qu'elle soit bénigne ou maligne. Toutefois, dans un très grand nombre de cas, elle permet d'approcher le diagnostic de manière suffisamment fiable pour permettre d'éviter un contrôle histologique. Cette fonction de “triage” est le fondement même du raisonnement diagnostique dermatologique en général et onco-dermatologique en particulier puisqu'on estime qu'à un moment donné de l'évolution d'un patient, le risque pour une lésion pigmentée d'être un mélanome est compris entre 1/200 000 et 1/2 000 000 seulement. Développer un véritable talent pour le diagnostic différentiel est donc le principal enjeu de la formation d'un dermatologiste. Ainsi, dans l'immense majorité des cas de lésion cutanée de nature tumorale, la dermoscopie va permettre de décider de ne pas réaliser de contrôle histopathologique ceci, bien sûr, à la condition d'être suffisamment entraîné à cette pratique.

L'évolution de la démographie médicale ne permet en outre probablement plus d'envisager d'offrir à qui le souhaite une surveillance professionnalisée de sa peau comme cela a pu être préconisé dans le passé. Des ressources humaines précieuses doivent être sauvegardées pour pouvoir répondre rapidement à la demande diagnostique de lésions potentiellement menaçantes alors que le suivi de cohortes de patients chez lesquels on ne constate aucun événement délétère sur de nombreuses années n'a plus sa place dans notre pratique d'aujourd'hui. S'ajoute à cela la légitime critique d'une tendance au surdiagnostic (diagnostic de lésions qui n'auraient pas entraîné de conséquences délétères pour le patient en considérant son espérance de vie restante) et donc au surtraitement des cancers de la peau qui rend désormais très discutable la pratique de leur dépistage dans une population non sélectionnée. Ainsi, sauf avancée technologique qui permettrait d'épargner de précieuses ressources humaines toute en amplifiant la cible d'un éventuel dépistage, c'est la doctrine du “dépistage opportuniste” des cancers de la peau qui s'impose à notre discipline.

Prendre la décision de rassurer un patient et lui proposer de ne pas le revoir sauf détection par son médecin traitant ou par lui-même d'un élément cutané suspect est donc un choix qui devrait être fait pour la plupart des personnes venues nous consulter si :
– elles ne présentent aucune lésion à traiter immédiatement ;
– elles ne sont porteuses d'aucune lésion pour laquelle établir un profil évolutif est

Fiche pratique

nécessaire pour s'assurer de sa bénignité (ou pour justifier son prélèvement);
– elles ne présentent que des “facteurs de risque standard” (en effet personne n'a aucun facteur de risque dès lors que tout le monde a une peau et qu'un Européen sur 4 présentera au moins un cancer de la peau au cours de sa vie).

On devra simplement alors consacrer une partie de la consultation à informer sur l'auto-examen et les critères d'alarme.

Il est également probablement nécessaire que les pratiquants de la “médecine de proximité” s'investissent aussi désormais bien plus dans la fonction de sentinelle de l'examen de la peau puisqu'on estime que seulement 5 % des cancers de la peau sont dépistés par les médecins traitants (contre 80 % des hypertension artérielles).

Les patients ne nécessitant pas de surveillance dermatologique systématique

Définir des patients à risque de cancer de la peau n'est pas chose aisée car la lecture de la littérature sur le sujet en fait une définition tellement large qu'elle finit par englober l'entièreté de la population. Qui, par exemple, n'a jamais eu de “coup de soleil”? et qui n'a pas de cas de cancer de la peau dans ses apparentés au 1^{er} ou 2nd degré lorsque le carcinome basocellulaire atteint un Européen sur 4, le carcinome spinocellulaire un Européen sur 15 et le mélanome un Européen sur 65?

Il est en revanche assez facile de définir une population à très haut risque de cancer de la peau:

- patients porteurs d'une altération génétique prédisposante (*Xeroderma pigmentosum* et XP variant, albinisme, mutations de *Patched*, de *P53*) et mutations prédisposant au mélanome (*CDKN2A*, *CDK4*, *NAP-1*, *MITF*, etc.);
- patients immunodéprimés, en particulier les transplantés d'organe;

- patients ayant un antécédent de mélanomes multiples mais sans mutation (2 et plus);
- patients ayant un antécédent familial de mélanomes multiples (plus de 3? de 4?);
- patients ayant eu de nombreux (plus de 2) carcinomes basocellulaires ou spinocellulaires;
- patients porteurs de nombreuses kératoses actiniques (plus de 5) ou d'une chéilite chronique actinique;
- patients porteurs de naevus congénitaux géants (+ de 20 cm de diamètre à l'âge adulte);
- patients porteurs de radiodermite (les personnes professionnellement exposées à l'arsenic ou à la suie de charbon ont quasiment disparu de notre population).

Il est également relativement facile de distinguer des situations qui sont à risque, certes plus faible, de mélanome mais chez lesquelles le risque de ne pas détecter suffisamment tôt un mélanome est important du fait de la présence de très nombreuses lésions dont l'auto-surveillance est difficile voire impossible:

- patients porteurs d'un très grand nombre de lésions pigmentaires (plus de 80 pour certains auteurs, plus de 300 pour d'autres);
- patients porteurs de naevus cliniquement et dermoscopiquement atypiques caractérisés par un patron multicomposé et asymétrique (*cf. fiche n° 3*) mais sans clé diagnostique supplémentaire pour un mélanome;
- il n'est pas rare d'observer ces deux conditions réunies chez un même patient (*fig. 8*).

En dehors de ces situations très particulières on peut parler, non pas d'absence de risque, mais de “risque standard”. Ni un phototype clair, ni des antécédents de coup de soleil, ni un passé d'exposition aux UV qui n'a pas laissé de dommages cutanés significatifs le jour de l'examen ne sont suffisamment discriminants pour définir une population sélectionnable pour une prise en charge spécifique. Alors, si les lésions rencon-



Fig. 8.

trées lors de l'examen clinique, comme dans le cas introductif ou dans les situations discutées dans le paragraphe suivant, sont toutes dermoscopiquement bénignes, on peut donc proposer de ne pas prélever et de ne pas proposer de surveillance professionnalisée dermatologique systématique et inviter alors le patient à auto-surveiller sa peau.

Il reviendra donc au praticien de faire une information sur les critères d'auto-examen pouvant motiver une nouvelle consultation:

- modification de couleur, de taille et/ou de sensations d'une lésion connue quelle que soit sa topographie;
- présence d'une lésion pigmentée présentant les caractéristiques ABCD ou différant significativement des autres (“vilain petit canard”);
- présence d'une lésion cutanée non pigmentée qui n'est pas résolutive en 3 ou 4 semaines quelle que soit sa topographie.

On pourra rester à la disposition du médecin traitant pour examiner en télé-expertise les lésions qui lui paraissent suspectes (mais cet exercice reste, en tout cas dans nos mains, assez difficile tant que la pratique de la photodermoscopie ne se sera pas plus étendue en médecine de proximité). On pourra consacrer une partie de la consultation à donner des

conseils de photoprotection en insistant sur la protection vestimentaire.

Il est enfin probablement nécessaire, pour des raisons de responsabilité médicale, que les informations ainsi données soient tracées dans le dossier médical.

Les tableaux dermoscopiques pigmentés que l'on peut considérer comme bénins ne nécessitant ni contrôle histologique ni contrôle évolutif

Pratiquée par un opérateur entraîné, en dehors des “topographies spéciales” que sont le visage, les paumes et plantes, les ongles, les muqueuses et les cicatrices, la dermoscopie augmente incontestablement l'acuité diagnostique (à la fois la sensibilité et la spécificité) devant la plupart des lésions cutanées pigmentées et le niveau de preuve *evidence-based medicine* (EBM) de son efficacité à différencier une lésion bénigne d'une lésion maligne ou de sa capacité à épargner l'exérèse inutile de lésions parfois pourtant suspectes à l'œil nu est de grade A. Nous présentons dans ce paragraphe la plupart de ces situations bénignes ne nécessitant pas de confirmation histopathologique.

1. En topographie non acrale, non faciale et non muqueuse

Voici les principales situations où une vérification anatomique est superflue en pratique dermatologique courante :

● **Le patron globulaire/pavimenteux** (cf. fiche n° 1)

Un patron dermoscopique exclusivement globulaire (fig. 9) ou pavimenteux (lésion n° 1 du cas introductif), monochrome, habituellement plus dense au centre est bénin et sa constatation suffit à établir un diagnostic robuste. Bien sûr, il existe des mélanomes associés (ou survenant sur) nævus globulaires mais cela reste exceptionnel en regard du nombre de ces nævus et habituellement détec-

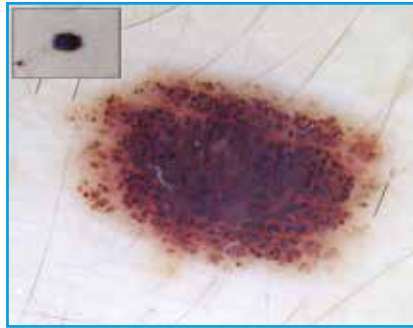


Fig. 9. © M. Loppin.

tables par le patient du fait de la modification d'une lésion préexistante.

● **Le patron réticulaire** (cf. fiche n° 2)

Un patron dermoscopique exclusivement réticulaire et monochrome (lésion n° 2 du cas introductif) est cliniquement bénin. Au contraire de l'asymétrie de contenu, l'asymétrie de contours ne compte pas beaucoup en dermoscopie, ce qui permet souvent de reconnaître comme bénigne une lésion pouvant sembler atypique à l'œil nu (fig. 10).

Les nævus réticulaires se caractérisent habituellement par un réseau pigmenté

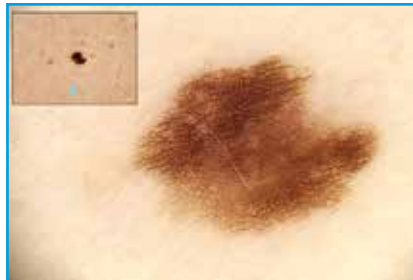


Fig. 10.

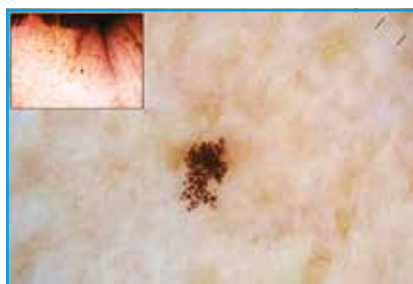


Fig. 11. © I. Nicoletis.

fin, régulier, s'estompant de manière progressive en périphérie.

Le *ink spot lentigo*, qui survient volontiers chez les patients de phototype I et II, est également bénin mais il se caractérise par une réticulation plus grossière, épaisse et s'interrompant brutalement en périphérie (fig. 11). Sa couleur très sombre contraste avec les autres lésions pigmentées de ces patients volontiers couverts d'éphélides.

Les nævus réticulaires sont plus rares chez les sujets âgés, aussi dans ces cas une surveillance pourra parfois s'imposer lors de l'apparition récente d'une lésion au patron réticulaire. Notons enfin que les *featureless melanomas* dépistés par dermoscopie numérique (cf. fiches 18 et 19) sont volontiers réticulaires, ce qui fait considérer que leur potentiel évolutif n'est pas tout à fait négligeable chez les sujets à haut risque, notamment génétique, de mélanome.

● **Le patron sans structure bleu** (cf. fiche n° 5)

Si l'on prend soin de se méfier des deux rares diagnostics différentiels que sont la/les métastases de mélanome et les tatouages ou corps étrangers, le patron bleu sans structure (dit également “bleu homogène”) à contours flous (lésion n° 3 du cas introductif) permet de reconnaître aisément un nævus bleu même dans les rares cas où l'ancienneté de la lésion n'est pas connue comme sur un cuir chevelu récemment dégarni (fig. 12).

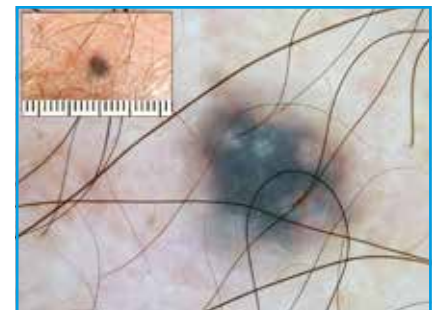


Fig. 12.

Fiche pratique

● Le patron bicomposé symétrique (cf. fiches n° 1 à 5)

Il est assez habituel qu'une lésion pigmentaire comprenne deux critères dermoscopiques associés de manière symétrique et sans désordre architectural. Il s'agit de lésions réticulaires et globulaires (**fig. 13**), réticulaires et sans structure ("homogène") (**fig. 14**) et toutes combinaisons possibles deux par deux de zones globulaires, sans structure pigmentée ou réticulaire dès lors qu'il existe une bonne symétrie de contenu entre toutes les composantes.

Il arrive non rarement que l'association monochrome globules et réseau se pro-

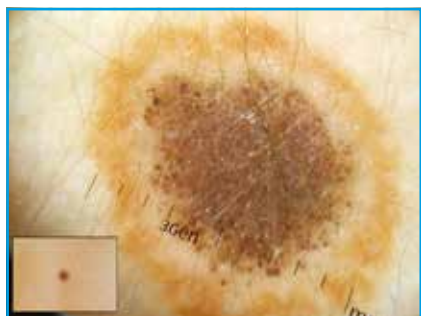


Fig. 13.

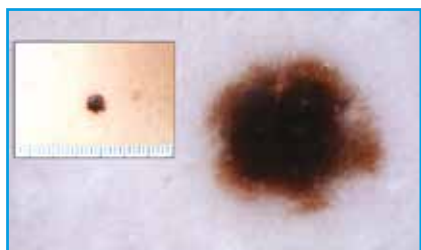


Fig. 14.

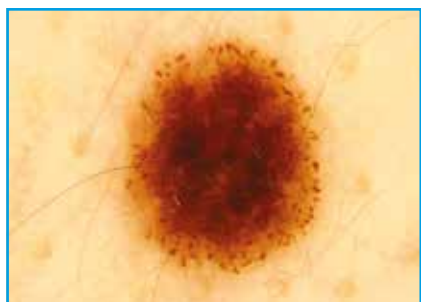


Fig. 15. © F. Hoareau.

duise avec une disposition en couronne symétrique périphérique des globules bruns (**fig. 15**). C'est l'aspect habituel d'un nævus réticulaire en croissance tout à fait bénin dans les 5 premières décennies mais plus inhabituel, et donc suspect, au-delà de 60 ans.

En revanche, lorsque 3 éléments sémiologiques sont associés on parlera de patron multicomposé, et si cette association se fait sans ordre architectural il s'agira alors d'un patron multicomposé et asymétrique (cf. fiche n° 3) dès lors suspect.

● Le halo nævus globulaire (nævus de Sutton)

S'il est globulaire et si le halo périphérique est parfaitement symétrique (**fig. 16**), le halo nævus de Sutton peut être considéré comme banal lors des 4 premières décennies de la vie. Le halo nævus réticulaire ou survenant plus tardivement doit être regardé avec plus de prudence.

● Le patron sacculaire

Le patron sacculaire (cf. fiche n° 6) correspond à un hémangiome ou à un angio-kératome (lésion n° 4 du cas introductif). Certains sacculs sont noir intense en cas de thrombose.

● La kératose séborrhéique typique

Nous ne reprendrons pas ici les caractéristiques sémiologiques dermosco-



Fig. 16.

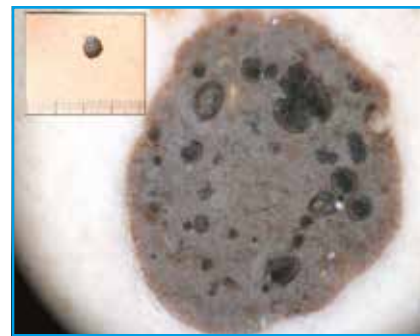


Fig. 17.

piques des kératoses séborrhéiques (cf. fiche n° 11) mais il est bien évident que si le tableau est typique il n'y aura pas d'indication de chirurgie ou de surveillance (**fig. 17**).

● Le dermatofibrome typique

De même, nous ne reprenons pas ici les caractéristiques dermoscopiques du dermatofibrome (cf. fiche n° 12) mais un tableau typique avec une palpation confirmative suffit à en affirmer le diagnostic (**fig. 18**).

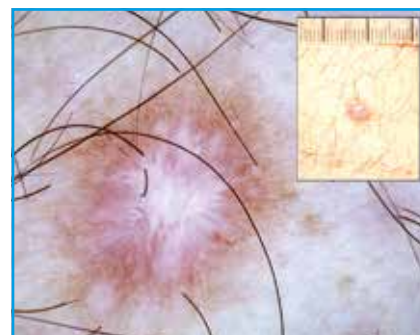


Fig. 18.

2. En topographie acrale

Même si les études cliniques en topographie acrale n'ont pas (encore) conduit à des travaux de méta-analyse concordante lui conférant le plus haut score EBM, le diagnostic différentiel des lésions pigmentées palmoplantaires et unguéales par la dermoscopie obtient un grade B permettant de recommander son usage.



Fig. 19.



Fig. 21.



Fig. 20.

● **Le patron palmoplantaire parallèle des sillons et ses variantes**

Le patron parallèle des sillons (cf. fiche n° 13) des paumes et plantes est plus volontiers perceptible en périphérie des lésions et il s'accompagne volontiers d'une pigmentation plus dense au centre (fig. 19) qui, si elle conserve une bonne symétrie de contenu avec le reste de la lésion, permet de conclure à un nævus bénin. Il faut bien en connaître toutes les variantes : le patron quadrillé ou ("en lattice"), la variante globulaire, les variantes à double ligne continue ou globulaire (fig. 20) et la variante avec réticulation des crêtes qui sont, elles aussi, toutes bénignes.

● **Le patron palmoplantaire fibrillaire ancré sur les sillons**

Le patron fibrillaire est un artéfact et il n'est donc pas univoque puisqu'il peut

être observé dans les nævus et dans les mélanomes. Il n'est bénin que s'il est clairement plus marqué en regard des sillons des dermatoglyphes, on dit alors qu'il est "ancré sur les sillons" (fig. 21). Un patron fibrillaire non ancré sur les sillons est indéterminé et peut donc être malin.

● **Les mélanonychies grises en dermoscopie**

Les mélanonychies ayant une couleur grise en dermoscopie correspondent à un lentigo ou une lentiginose (fig. 22), une pigmentation fonctionnelle (liée aux traumatismes répétés de la vie quotidienne le plus souvent sur phototype foncé), à une pigmentation ethnique



Fig. 22.

ou une pigmentation médicamenteuse (cf. fiche n° 15). Les cas typiques, à fortiori pluridactyles, peuvent être regardés comme bénins et ne nécessitent rien d'autre qu'une auto-surveillance.

3. En topographie faciale

Même si les études cliniques en topographie faciale n'ont pas (encore) conduit à des travaux de méta-analyse concordante lui conférant le plus haut score EBM, le diagnostic différentiel des lésions pigmentées du visage et du cuir chevelu par la dermoscopie obtient un grade B permettant de recommander son usage.

● **Le nævus tubéreux globulaire**

Sur le visage, à l'âge adulte, la plupart des nævus sont en relief (cf. fiche n° 14). Ils sont dermoscopiquement monochromes et globulaires mais on visualise nettement l'interruption de la pigmentation par les orifices pilosébacés (fig. 23). Leur diagnostic ne pose habituellement aucun problème

● **Le lentigo actinique**

Sur la face, le principal problème de diagnostic différentiel se pose entre une lésion bénigne, le lentigo actinique, et deux lésions malignes (ou, selon les auteurs, pré-maligne pour la kératose actinique), le mélanome de Dubreuilh et la kératose actinique pigmentée. La topographie du lentigo actinique, forme plane de la kératose séborrhéique, n'est



Fig. 23.

Fiche pratique

POINTS FORTS

- Le **diagnostic dermoscopique des lésions pigmentées** est grandement facilité par l'usage de la dermoscopie qui permet d'identifier et de considérer comme bénins :
 - les **nævus globulaires/pavimenteux** y compris sur le visage ;
 - les **nævus réticulaires** ;
 - les **nævus bleus** (patron sans structure bleu) ;
 - les **nævus bicomposés symétriques** surtout s'ils sont monochromes ;
 - les **halo-nævus globulaires** ;
 - les **ink spot lentigos** ;
 - les **kératoses séborrhéiques** dermoscopiquement typiques ;
 - les **lentigos actiniques** dermoscopiquement typiques ;
 - les **dermatofibromes** dermoscopiquement typiques ;
 - les **nævus étoilés** infracentrimétriques et survenant avant 12 ans ;
 - les **mélanonychies dermoscopiquement grises** ;
 - les **nævus acraux avec patron parallèle des sillons** (et toutes ses variantes) ;
 - les **nævus acraux avec patron fibrillaire ancré sur les sillons** ;
 - les **lésions avec patron sacculaire**.
- Dans tous ces cas, on restera vigilant si l'âge, la topographie ou l'évolution clinique ne sont pas habituels, mais on peut proposer en première approche dans tous les autres cas une **auto-surveillance de ces lésions** par le patient lui-même ou par sa famille.
- Il est facile de définir les **situations à très haut risque de mélanome ou de cancer de la peau** en général. Ces (relativement rares) patients devront faire l'objet d'une surveillance systématique même en l'absence de manifestation clinique d'appel.
- En revanche, il est impossible, compte tenu de la fréquence des cancers cutanés dans la population européenne, de considérer qu'il pourrait exister une population sans ou à faible risque. Ainsi, on parlera plutôt de "**risque standard**" pour cette population générale chez laquelle les campagnes de dépistage systématique ou la surveillance régulière doivent être abandonnées au profit d'une attitude de **dépistage opportuniste** impliquant tous les acteurs du système de santé et non pas les seuls dermatologues.
- Il importe que les patients puissent recevoir une **information claire et tracée dans le dossier médical** sur les modalités de la réalisation d'une **auto-surveillance cutanée** efficace et sur les **signes d'alarme** devant les conduire à consulter ou reconsulter.
- Il pourrait y être adjointe une information sur les modalités de photoprotection en insistant sur la **protection vestimentaire**.
- À terme, la généralisation de la pratique de la photodermoscopie et du *e-refferal* en médecine de proximité pourrait permettre de mieux gérer par **téléexpertise** une population de risque standard mais pour laquelle il est irréaliste de mettre en place un monitoring généralisé et régulier de l'état cutané dans l'état actuel de nos ressources humaines et technologiques.

pas exclusive au visage mais sa sémio-logie n'est pas différente sur le reste du corps si ce n'est la taille des orifices pilo-sébacés. C'est toutefois sur le visage que se posent les problèmes de diagnostic différentiel les plus difficiles.

Au cours du diagnostic différentiel entre mélanome type LMM, lentigo actinique, kératose actinique pigmentée sur la face on utilise l'approche dite "inverse" dont la première étape consiste à rechercher des signes patents et étendus en faveur d'un lentigo actinique (cf. fiche n° 14).

Ces signes sont :

- une bordure nette et volontiers poly-concave ("mordillée") ;
- des espaces interfolliculaires régulièrement pigmentés en brun clair soit de manière homogène (rare), soit de manière réticulaire (lésion n° 5 du cas introductif), soit en lignes parallèles ("en empreintes digitales") (fig. 24) ;
- des ouvertures pseudo-comédo-niennes et/ou des kystes de milium (rares dans les formes planes).

Lorsqu'il est dermoscopiquement caractéristique, le lentigo actinique peut ne faire l'objet d'aucune prise en charge mais il peut aussi être légitimement détruit sans examen histopathologique préalable.

4. Cas particuliers

Les cas particuliers sont nombreux et ils pourront faire l'objet de fiches ultérieures mais notons d'ores et déjà deux d'entre eux :

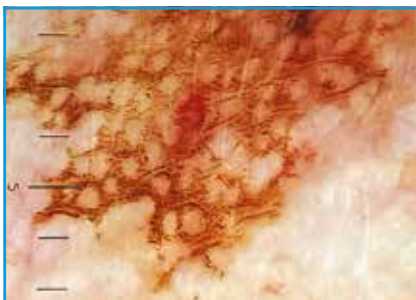


Fig. 24. © C. Langella.

● Enfants

Les lésions pigmentées des enfants pré-pubères sont pratiquement toujours bénignes. Les nævus sont généralement globulaires, ils sont volontiers hétérochromes lors des observations précoces quand ils sont congénitaux. Une décision chirurgicale ne doit être posée qu'après mûre réflexion d'autant que l'interprétation histologique des tumeurs mélanocytaires pédiatriques peut être très difficile. C'est d'ailleurs bien plus souvent le profil évolutif de la lésion (croissance ou changements rapides) que la séméiologie clinique et/ou dermoscopique qui conduit à décider d'une exérèse.

Toutefois, il convient de mentionner le **patron dermoscopique étoilé** (cf. fiche n° 4) qui peut être regardé comme bénin et ne nécessitant pas de prise en charge à la double condition que la lésion soit découverte avant l'âge de 12 ans et qu'elle soit infracentimétrique (fig. 25).

Après la puberté, la conduite à tenir dérivant de l'approche dermoscopique des lésions cutanées pigmentées est calquée sur celle des adultes.

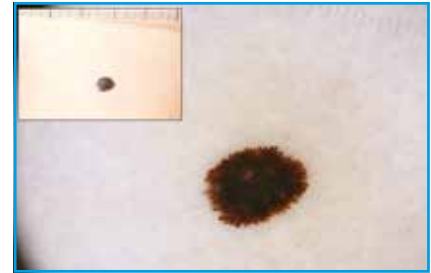


Fig. 25.

● Muqueuses et cicatrices

Dans ces deux topographies (cf. fiches n° 16 et 17), la portée des études cliniques disponibles à ce jour ne permet pas de considérer en première approche qu'il puisse exister des situations indiscutablement bénignes ne nécessitant ni contrôle histologique ni contrôle évolutif dans le cadre d'une pratique prudente et responsable de la dermoscopie.

Remerciements aux Drs Marion Loppin, Irène Nicoletis, Florence Hoareau et Céline Langella pour les images utilisées dans cette fiche et issues de ma consultation de téléexpertise.

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

