

I Peau et médecine légale

Méfiez-vous du botriomycome de la plante du pied chez l'adulte !

→ S. KORNFIELD-LECANU

Service de Dermatologie,
Institut Arthur-Vernes, PARIS.

Cas clinique

Une femme de 80 ans se présente à la consultation du dermatologue pour une lésion nodulaire d'allure vasculaire de la voûte plantaire droite. Le dermatologue effectue une biopsie : il note sur le bon d'anatomopathologie "lésion vasculaire évocatrice de botriomycome". L'anatomopathologiste confirme le botriomycome avec absence de signes de malignité.

La lésion ne guérit pas et une seconde biopsie est réalisée au CHU 4 mois plus tard, avec mise en évidence d'un mélanome achromique ulcéré inclassable, avec nécessité d'exérèse complémentaire. L'exérèse de la lésion tumorale du pied confirmera le diagnostic de mélanome nodulaire, Breslow 13 mm avec index mitotique élevé. Le ganglion inguinal droit est atteint (histologie de métastase ganglionnaire). La patiente est décédée des suites de son mélanome 4 ans après le diagnostic posé et malgré une prise en charge multidisciplinaire au CHU.

Discussion médico-légale

Le mélanome malin achromique représente 1,8 à 8,1 % des mélanomes malins cutanés. L'immunomarquage réalisé *a posteriori* par Melan A a confirmé la nature mélanique de la lésion correspondant à une prolifération mélanocytaire atypique. Dans ce dossier, le retard de diagnostic est de 4 mois. Il

s'agit d'un diagnostic difficile, ce d'autant que la présentation clinique est atypique, comme souvent dans ce type de mélanome nodulaire achromique. L'expert évoquera une perte de chance, mais il s'agit d'une patiente âgée et porteuse d'un mélanome agressif. Les anatomopathologistes procèdent aux immunomarquages spécifiques quand ils ont une lésion mélanocytaire atypique pour aider à la classer ou pour identifier la nature mélanocytaire d'une lésion surtout **si le dermatologue précise : "éliminer mélanome"** (sauf si histologiquement typique d'une kératose séborrhéique pigmentée ou d'un carcinome basocellulaire tatoué). Il est donc important de retenir que, au moindre doute clinique face à une lésion atypique, il faut bien préciser à notre confrère qu'il faut éliminer un mélanome achromique ou une autre tumeur maligne.

Dans cette situation, l'anatomopathologiste fera les immunomarquages spécifiques qui permettront de redresser le diagnostic, comme dans notre observation malheureusement *a posteriori*. Le panel de base PS100, Melan A, HMB45 et Sox 10 permet de déterminer la nature mélanocytaire de la lésion. Puis, pour différencier une tumeur bénigne d'une tumeur maligne, un faisceau d'arguments sera nécessaire (ne pas se limiter à un anticorps mais plusieurs anticorps positifs et l'aspect morphologique de la lésion). Par exemple :

- l'absence d'hétérogénéité de marquage peut être en faveur de la malignité (comme une absence de gradient avec HMB45) ;
- une perte partielle ou totale de P16 est un argument pour la malignité ;

– une forte expression de Pame est en faveur de la malignité, mais aucun marqueur en soi n'est formel.

Outre l'immunohistochimie de routine, les anapath peuvent avoir recours à la biologie moléculaire et discutent souvent les lames à plusieurs (décision collégiale). La collaboration entre dermatologue et anatomopathologiste est capitale. Nous échangeons parfois même nos photos cliniques de la lésion (avec l'accord du patient). Plus nous fournissons d'informations, meilleure sera la qualité d'interprétation histologique.

Remerciements au Dr Annie Levy, CND La Roquette-Paris.

POUR EN SAVOIR PLUS

- MERCADIER B, HU W, VALENTIN S *et al.* Mélanome malin achromique : à propos de trois cas. *Annales de chirurgie plastique esthétique*, volume 52, 2007, pages 68-70.
- SAMAKE M, LARGER E, BEMBA JM *et al.* Quand le mélanome mime une plaie chronique du pied diabétique. *Diabetes & Metabolism*, volume 40, Supplément 1, March 2014, pages A106-A107.
- RAMID H, LABBARDI W, HALI F *et al.* Mélanome plantaire : étude anatomoclinique de 51 cas. *Annales de dermatologie et vénéréologie*, volume 142, issue 12, Supplément, December 2015, page S662.
- MOULONGUET I. Immunohistochimie et biologie moléculaire des lésions mélanocytaires. *Dermato Mag*, volume 6, n°3, juillet-août-septembre 2018.

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