

Fiche pratique

Fiche de dermoscopie n° 7

Cas clinique

Il s'agit d'une femme de 56 ans, de phototype IIIa avec une mauvaise aptitude au bronzage. Elle n'a pas d'antécédent dermatologique personnel, n'a pas vécu outre-mer ni été exposée aux UV artificiels. En revanche, elle recherche activement le bronzage pendant ses vacances et a des activités extérieures sans protection depuis l'adolescence. Elle ne reçoit aucun traitement et n'a pas d'antécédent médical ou chirurgical significatif. L'anamnèse familiale ne retrouve aucun antécédent carcinologique cutané ou extra-cutané.

Elle consulte adressée par son médecin traitant, ancien externe du service, pour cette lésion pigmentée "ABCDE" positive, unique en son genre sur la peau de cette patiente et constituant donc un "vilain petit canard" sémiologique (**fig. 1**). Le médecin traitant lui a dit qu'il suspectait fortement un mélanome et elle est donc, légitimement, très inquiète, surtout après la consultation de plusieurs sites internet...

Cette lésion était totalement asymptomatique, elle est légèrement prurigineuse depuis que son médecin traitant lui en a parlé. Elle est présente depuis environ 2 ans et s'étend lentement.

Le reste de l'examen cutané retrouve quelques signes de dermatohéliose du visage et du dos des mains et quelques nævus pigmentaires non suspects, sur le tronc essentiellement.

L'examen dermoscopique (polarisation + immersion) est présenté sur la **figure 2**.

Quel est votre diagnostic ?

Quelle est votre proposition de prise en charge ?



Fig. 1.

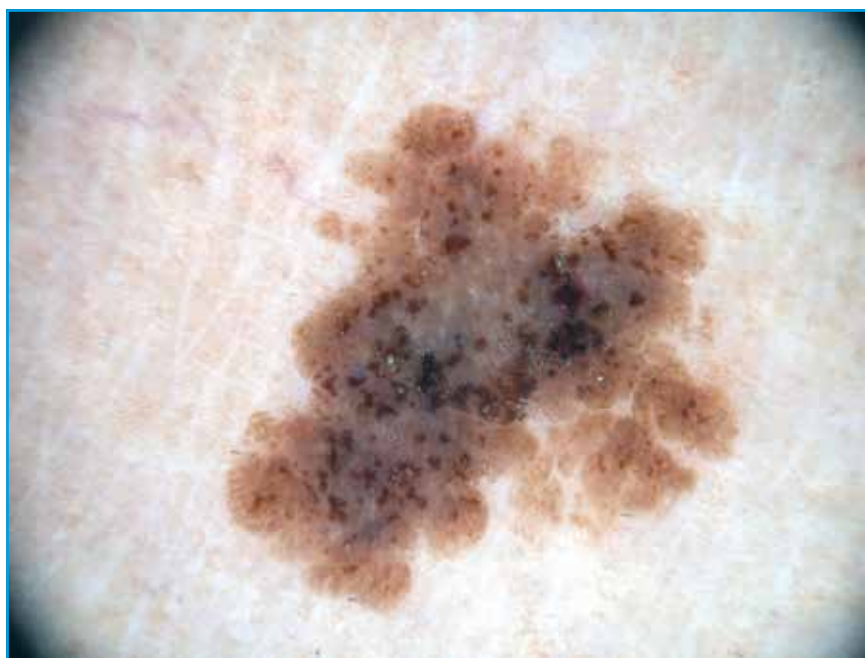


Fig. 2.

Fiche pratique

Solution

Quel est votre diagnostic ?

Il s'agit d'une kératose séborrhéique typique.

Quelle est votre proposition de prise en charge ?

Le diagnostic dermoscopique de kératose séborrhéique est suffisamment assuré pour permettre soit une abstention (toutefois difficile à proposer dans le contexte d'anxiété de la patiente), soit une destruction sans ou avec contrôle histopathologique (rappelons que dans de nombreux pays, dont la pratique médicale est certes plus "judiciarisée" que la nôtre, le "standard" de traitement de la kératose séborrhéique n'est pas la cryothérapie mais le curettage avec envoi du produit de curettage en anapath !).

Commentaires

Sur l'image dermoscopique (**fig. 3**), on n'observe ni réticulation, ni globules bruns agrégés, ni stries pigmentées. En revanche, plusieurs critères dermoscopiques orientent significativement vers le diagnostic de kératose séborrhéique :

- Des ouvertures pseudo-comédoniennes (*comedo-like openings*) (**flèches bleues**) de taille et de géométrie variables dont les bords sont toujours très nets. Elles pourraient être, pour certaines, confondues avec des globules bruns (**flèches jaunes**). Toutefois, il faut noter :

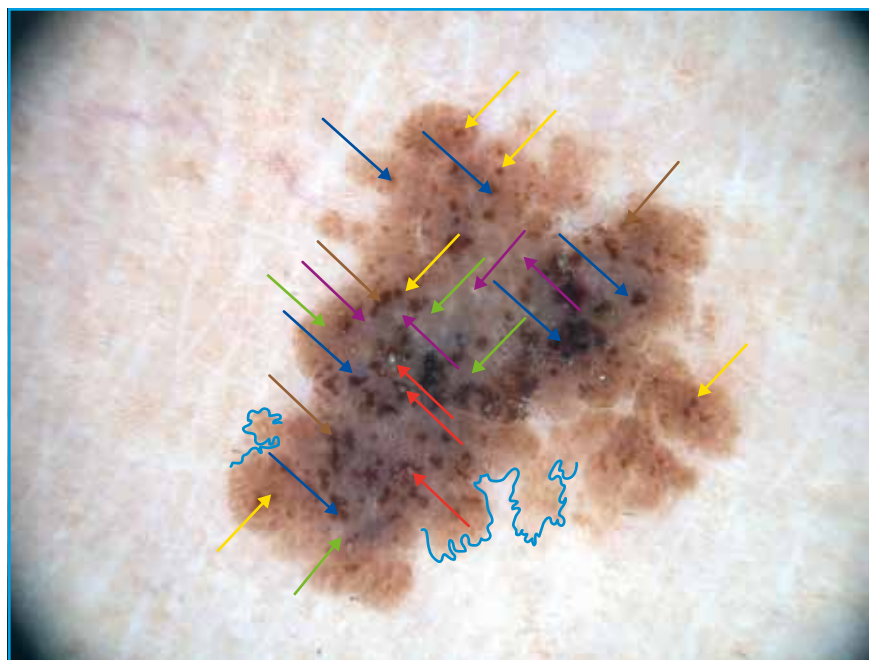


Fig. 3.

- leur limite nette ;
- leur caractère éloigné les uns des autres (et donc non "agrégé") ;
- parfois, la présence de matériel kératinien blanchâtre en leur centre (**flèches rouges**).

- Certaines de ces ouvertures pseudo-comédoniennes prennent une forme linéaire et sont dénommées "fissures" (**flèche brunes**).

- Des zones de pigmentation homogène brun-gris (**flèches vertes**).

- Une bordure nette parfois découpée de manière polyconcave et dite "mordillée" ou "mangée par les mites" (*moth-eaten*

border) (**soulignée par les traits bleu clair**).

- Des structures arrondies blanc-jaunâtre (**flèches violettes**) – ici difficiles à voir car la photographie a été prise en lumière polarisée – appelées "(pseudo-) kystes de milium" (*milia-like cysts*).

L'ensemble est asymétrique dans ses contours mais – et c'est beaucoup plus important en analyse sémiologique dermoscopique – il présente une bonne symétrie de contenu (structures identiques présentes dans les 4 quadrants de la lésion) : absence de "chaos" architectural en faveur d'une lésion bénigne.

Le diagnostic dermoscopique de la kératose séborrhéique

L. THOMAS

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

Le diagnostic clinique des kératoses séborrhéiques est le plus souvent facile devant une lésion légèrement maculeuse plus ou moins pigmentée, à consistance rigide et couverte d'une structure cornée mate à la lumière comme d'apparence "graisseuse" (d'où le nom, parfaitement inapproprié sur un plan physiopathologique, de "séborrhéique").

Il faut toutefois noter que c'est, dans les cas difficiles, l'un des diagnostics différentiels les plus difficiles du mélanome à la fois pour l'homme mais aussi pour les systèmes d'intelligence artificielle. Ainsi, de nombreux faux positifs (kératose séborrhéique excisée dans l'hypothèse d'un mélanome comme dans le cas

clinique introductif) mais malheureusement aussi de faux négatifs (mélanome traité sans histologie ou laissé en place dans l'hypothèse d'une kératose séborrhéique) surviennent dans la pratique clinique quotidienne. On estime qu'environ 3 "kératoses séborrhéiques" sur 1 000 adressées en histopathologie sont des mélanomes.

Sans résoudre toutes les difficultés, la dermoscopie permet le plus souvent d'affiner le diagnostic différentiel.

Les critères dermoscopiques classiques de la kératose séborrhéique

On l'a vu dans le cas clinique, c'est d'abord par des signes négatifs que l'approche analytique aborde le diagnostic dermoscopique de la kératose séborrhéique. L'absence de réticula-

Nota bene technique : il est important de noter dans ce chapitre introductif que les modalités d'examen modifient de manière importante les éléments sémiologiques observés, en particulier dans les kératoses séborrhéiques. L'examen dermoscopique en lumière polarisée, qui visualise mieux les structures les plus profondes de la peau, est moins performant pour les structures les plus superficielles que sont en particulier les ouvertures pseudo-comédoniennes et les pseudo-kystes de milium qui forment une grande partie du tableau sémiologique de la kératose séborrhéique (fig. 4).

tion (cf. fiche n° 1), de globules agrégés (cf. fiche n° 2) ou de stries (cf. fiches n° 3 et 4), qui sont des critères de lésion mélanocytaire, est un élément important du diagnostic. Dans la kératose séborrhéique, en particulier lorsqu'elle est pigmentée, le fond de la lésion est constitué par une coloration brun-gris légèrement opalescente, assez homogène, à bords plutôt nets même s'ils sont souvent polycavés ou "mordillés". S'y rajoutent quelques éléments sémiologiques (très) évocateurs, souvent associés les uns aux autres de manière homogène sur toute la surface de la lésion (symétrie de contenu ou tableau dit "non chaotique").

Le diagnostic dermoscopique de la kératose séborrhéique est habituellement facile et il peut être aidé par le test du "ballotement" qui est ici négatif : contrairement au *naevus papuleux* qui est mobilisé et déformé de façon visco-élastique par le dermoscope (signe du ballotement positif), la kératose séborrhéique se déplace "en bloc" lorsqu'on imprime un mouvement tangentiel à la lésion avec l'instrument (signe du ballotement négatif).

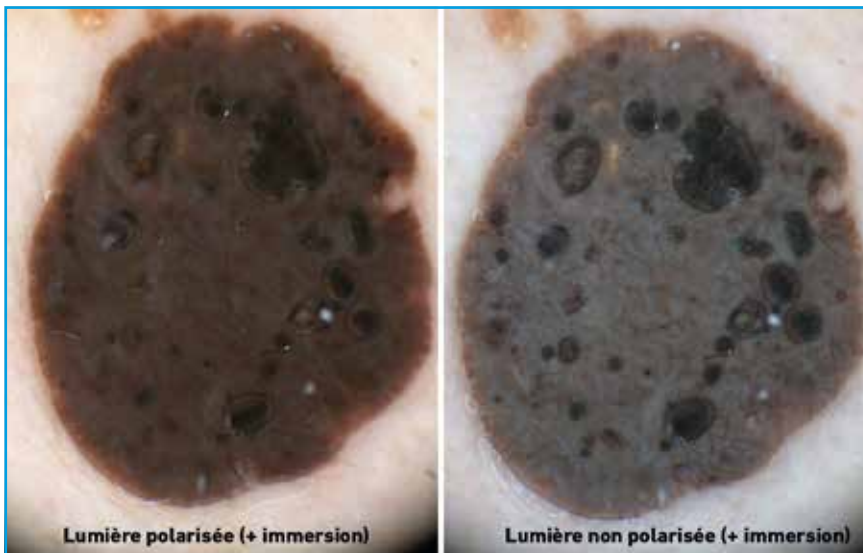


Fig. 4.

Fiche pratique

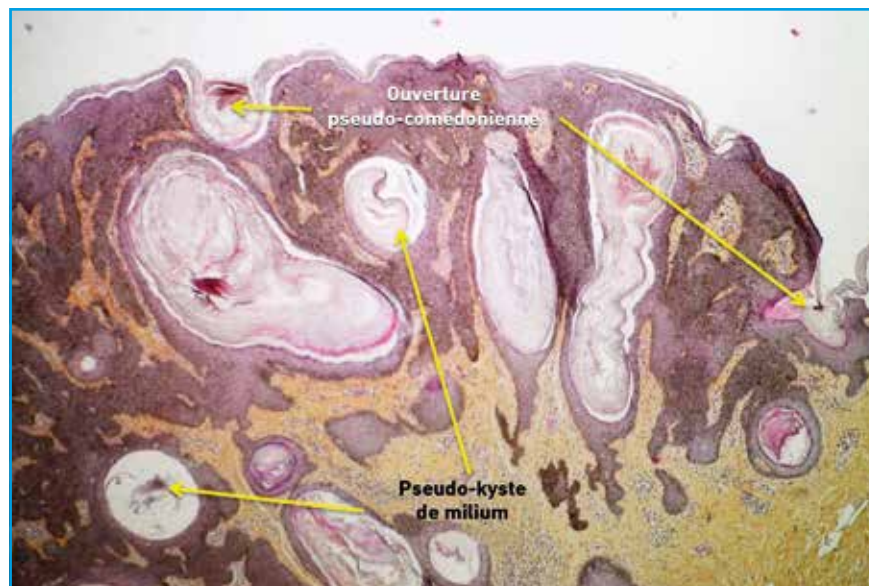


Fig. 5.

Comme on l'a vu dans les *fiches n° 3 et 6* et le verra dans les fiches suivantes, il apparaît donc important de pouvoir disposer d'appareils de dermoscopie hybrides permettant les deux modes d'illumination pour s'adapter aux différentes situations cliniques. Notons enfin que le signe du ballotement ne peut être recherché qu'avec des dermoscopes de contact (polarisés ou non)

1. Les ouvertures pseudo-comédoniennes

Il s'agit de structures ovales ou rondes, de taille et de géométrie variables, toujours très bien limitées (*fig. 2, 3 et 4*) et correspondant histologiquement à des invaginations de la surface de la kératose séborrhéique, remplies de kératine et ouvertes vers l'extérieur (*fig. 5*). Certaines ouvertures pseudo-comédoniennes sont rondes et pourraient être confondues avec des globules bruns mais elles s'en distinguent par leurs limites nettes, leur absence d'agréation, leur similarité sémiologique avec les autres structures plus grandes et plus asymétriques de la même lésion et, parfois, la présence de matériel kératinien blanc-jaunâtre en leur centre (*fig. 2 et 3*).

2. Les fissures et le patron "cérébriforme"

Certaines ouvertures pseudo-comédoniennes prennent une géométrie linéaire: on parle alors de fissures (*fig. 2 et 3*). Et lorsque la lésion est exclusivement constituée de ces fissures, elle prend alors un aspect dit "cérébriforme" (*fig. 6*) où les zones sombres correspondent à des invaginations linéaires remplies de kératine à la surface de la lésion.

3. Les pseudo-kystes de milium

Il s'agit de structures blanches (lumière non polarisée) ou jaunâtres (lumière polarisée) arrondies (*fig. 7*) qui correspondent à des kystes kératinien intralésionnels non ouverts vers la surface (*fig. 5*).

Notons que leur présence, tout comme celle (plus rare) des ouvertures pseudo-comédoniennes, n'est pas spécifique des kératoses séborrhéiques. On peut retrouver ces images dans d'authentiques lésions mélanocytaires (en général avec d'autres symptômes dermoscopiques), y compris des mélanomes.

4. La bordure nette et "mordillée"

En dermoscopie, tout ce qui est superficiel est bien limité: c'est donc le cas de

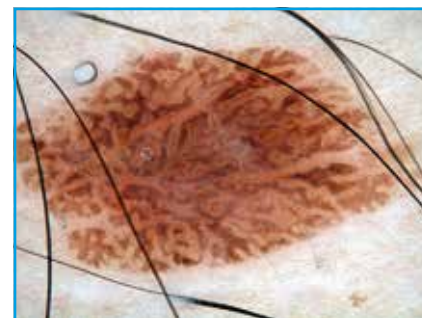


Fig. 6.

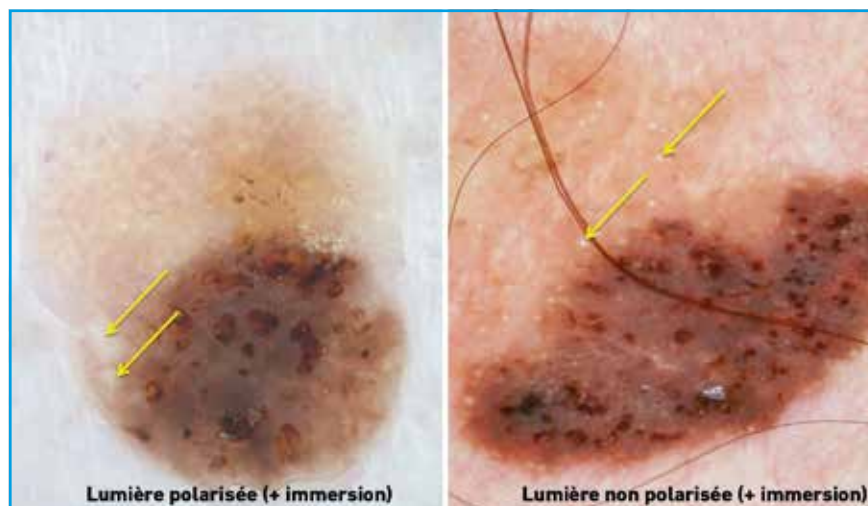


Fig. 7.

Fiche pratique

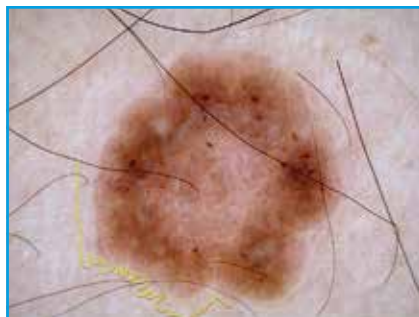


Fig. 8.



Fig. 9.

l'acanthome épidermique kératinisant superficiel plus ou moins pigmenté qu'est la kératose séborrhéique décrite dans les traités classiques "comme posée sur la peau". Cela explique aussi les bords nets des ouvertures pseudo-comédoniennes. Les structures plus profondes (comme le nævus bleu par exemple, cf. **fiche n° 5**) auront, en dermoscopie, des contours plus flous.

Ces contours, quoique nets, ont souvent un tracé polyconcaue que l'on qualifie de "mordillé" ou "mangé par les mites" (**fig. 8**, bord reproduit en jaune).

Dans les kératoses séborrhéiques les plus planes, singulièrement sur l'extrémité céphalique (lentigo actinique qui n'est rien d'autre qu'une kératose séborrhéique plane), cette bordure nette et "mordillée" est parfois la principale caractéristique sémiologique de la lésion (**fig. 9**, bord reproduit en jaune).

5. Les vaisseaux "en épingle à cheveux"

Comme toutes les tumeurs kératinisantes, la kératose séborrhéique pré-

sente un profil vasculaire "papillaire": on y observe les vaisseaux de la papille dermique qui, lorsqu'ils sont observés de côté sur une lésion suffisamment papuleuse, prennent un aspect en épingle à cheveux entouré d'un halo plus clair. Les vaisseaux en épingle à cheveux de la kératose séborrhéique peuvent s'inscrire dans le tableau sémiologique général, être particulièrement visibles dans une lésion irritée ou traumatisée (**fig. 10**) ou être le seul critère dans une lésion achromique (**fig. 11**). Notons que l'image typique à simple boucle en forme d'épingle à cheveux est finalement assez rare (**fig. 11**, **flèches jaunes**) et que l'on observe souvent un aspect plus circonvoluté de la structure vasculaire dont, finalement, la caractéristique principale – outre le "bouclage" avec un vaisseau afférent et un vaisseau efférent – est plutôt le halo clair qui la sépare de sa voisine et le caractère répétitif de cette sémiologie vasculaire sur la surface de la lésion (**fig. 11**, **flèches vertes**). Cette manifestation vasculaire indirecte, liée à l'hyperacanthose et à la papillomatose, n'est pas spécifique

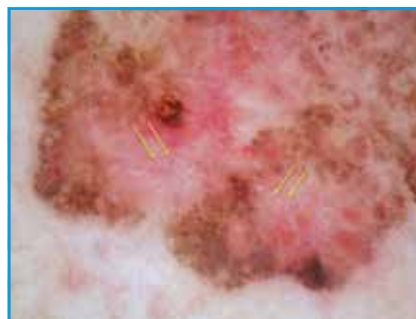


Fig. 10.

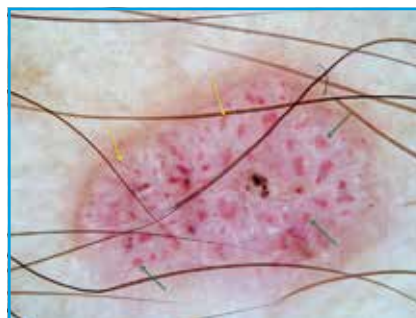


Fig. 11.



Fig. 12.

et sera en particulier également observée dans les carcinomes spinocellulaires.

6. Le fond homogène brun-gris et ses variantes

Dans la kératose séborrhéique pigmentée, le fond prend une couleur brun-gris légèrement opalescente (**fig. 2 et 3**). Des variations tinctoriales, du noir le plus sombre à l'absence de coloration, sont même observées d'une lésion à l'autre chez un même patient mais aussi parfois au sein de la même lésion, ce qui peut produire un tableau hétérochrome troublant cliniquement mais aussi parfois dermoscopiquement (**fig. 12**).

Les formes dermoscopiques inhabituelles de la kératose séborrhéique (faux positifs du diagnostic de malignité)

Il peut arriver que des caractéristiques dermoscopiques trompeuses soient observées sur d'authentiques kératoses séborrhéiques. Elles peuvent conduire à une attitude prudente de contrôle histopathologique, toujours justifié en cas de doute, ces "faux positifs" de malignité étant bien préférables à un "faux négatif".

Notons ici que ces faux positifs, de par le défaut de spécificité qu'il entraînent, constituent actuellement un obstacle majeur au développement d'outils de diagnostic automatisés des lésions cutanées pigmentées, même avec l'emploi de systèmes de réseaux neuronaux d'ap-

POINTS FORTS

- Dans la majorité des cas, le diagnostic dermoscopique de la kératose séborrhéique est facile et repose sur l'absence de signe mélanocytaire (réseau, globules bruns agrégés, stries), l'absence de "signe du ballotement" et sur la présence d'éléments sémiologiques évocateurs mais bien souvent non spécifiques :
 - des ouvertures pseudo-comédoniennes ;
 - des fissures, voire un aspect "cérébriforme" ;
 - un fond brun-gris homogène opalescent ;
 - une bordure nette parfois "mordillée" ;
 - des vaisseaux en "épingle à cheveux".
- Les lentigos actiniques du visage sont des kératoses séborrhéiques planes, et le fond homogène et les bordures nettes en sont souvent les seuls stigmates.
- La dermoscopie en lumière non polarisée est plus favorable dans la kératose séborrhéique.
- Les kératoses séborrhéiques sont parfois confondues avec des mélanomes (faux positifs souvent inévitables).
- Certains mélanomes miment une kératose séborrhéique, ce qui justifie un examen systématique et attentif et une thérapeutique prudente dans les cas non absolument typiques.

prentissage approfondi en intelligence artificielle, et que dans ce domaine, en tout cas pour l'instant, l'homme fait plutôt mieux que la machine !

1. Les kératoses séborrhéiques réticulées, globulaires ou étoilées

Une réticulation à mailles arrondies irrégulières (**fig. 13, flèches jaunes**), finalement assez facile à rattacher à une kératose séborrhéique plane du visage (lentigo actinique), est volontiers observée et ne trompera pas un clinicien entraîné.

En revanche, il sera parfois très difficile d'écarter toute arrière-pensée pour une lésion mélanocytaire devant une kératose séborrhéique réticulaire (**fig. 14**) ou une – exceptionnelle – kératose séborrhéique globulaire (**fig. 15**) ou étoilée (**fig. 16**). Notons que, dans les trois cas présentés, un examen histopathologique est quasi inévitable même pour un expert dermoscopiste !

2. Les kératoses séborrhéiques achromiques

Les kératoses séborrhéiques peu pigmentées sont souvent faciles à identifier en dermoscopie. Il est souvent beaucoup plus difficile d'écarter toute arrière-pensée pour une lésion maligne devant une kératose séborrhéique partiellement achromique, en particulier en cas d'irritation (**fig. 17**). Notons enfin que le patron vasculaire en épingle à cheveux n'est pas spécifique (**fig. 11**).

3. Les kératoses séborrhéiques régressives (ou traitées récemment)

Après un traumatisme (le plus souvent tangentiel) mais surtout après une cryothérapie, le tableau est très modifié et comporte une granulation grise ("peppering") totalement aspécifique puisque liée à la mélanophagie dermique. S'il est parfois possible d'identifier un reliquat de kératose séborrhéique sur un bord de la lésion (**fig. 18 gauche**), il n'existe parfois aucun

signe spécifique (**fig. 18 droite**). Notons que, dans ce dernier cas, rien ne permet non plus de distinguer histologiquement la lésion précessive à une cicatrice d'un

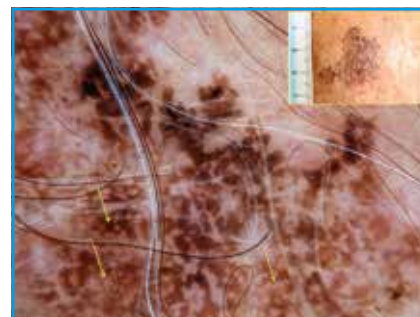


Fig. 13.



Fig. 14.

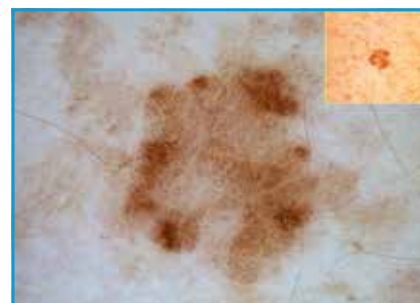


Fig. 15.



Fig. 16.

Fiche pratique



Fig. 17.

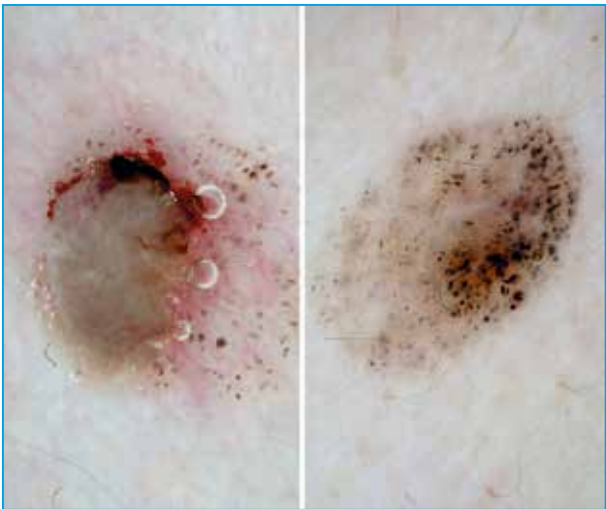


Fig. 18.

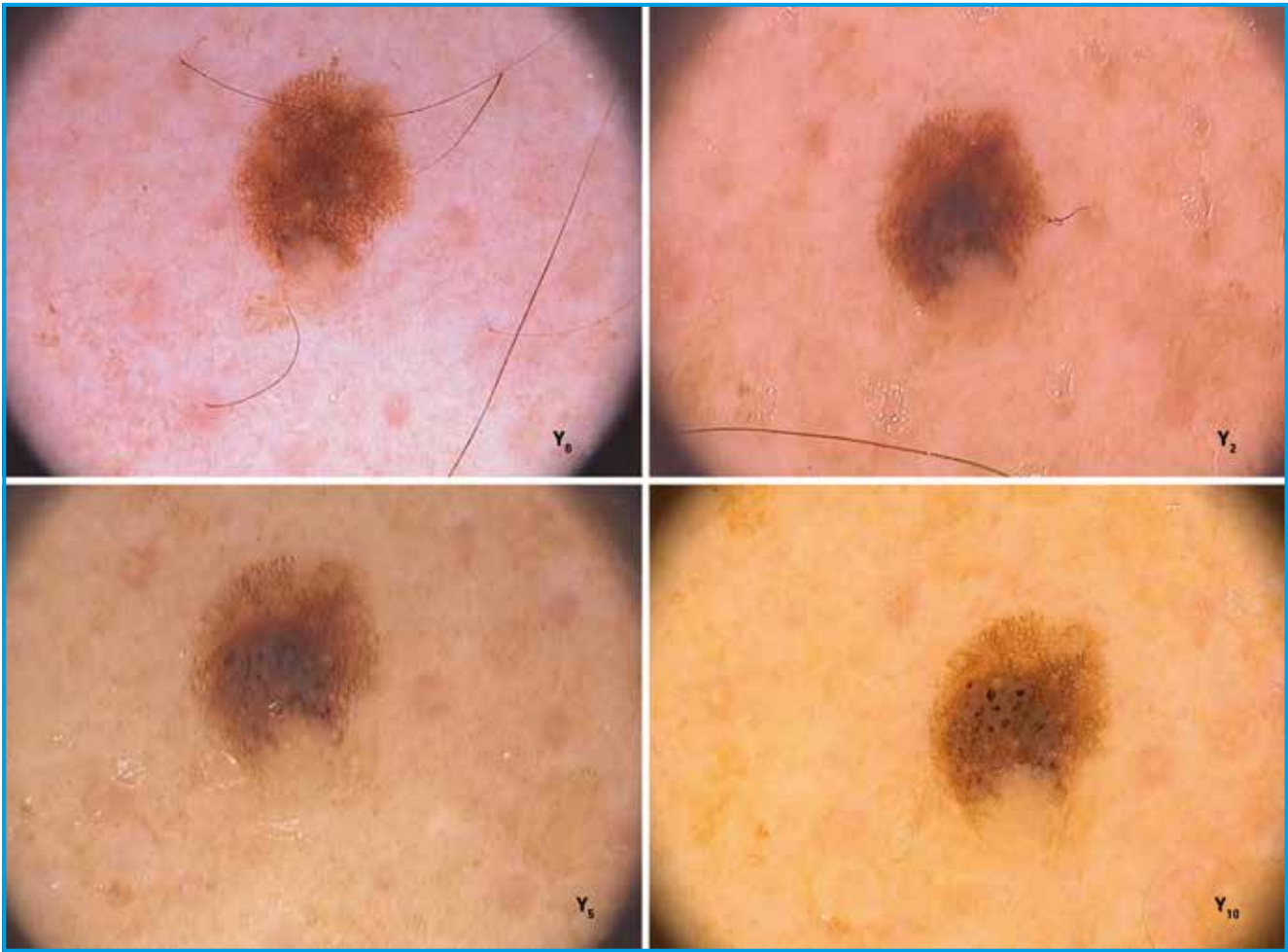


Fig. 19.



Fig. 20.

processus pigmenté totalement régressif, qu'il s'agisse d'une kératose séborrhéique, d'un nævus ou d'un mélanome.

4. Les collisions pathologiques

Il est assez commun d'observer des collisions entre kératose séborrhéique et nævus, notamment sur le tronc (*fig. 19*: suivi sur 10 ans). Toutefois, des collisions de cette tumeur bénigne très fréquente ne sont pas rares avec des tumeurs malignes comme un basocellulaire (*cf. fiche n° 6, fig. 17*) ou un mélanome (*fig. 20*).

Les situations dangereuses (faux négatifs du diagnostic de malignité)

Si les faux positifs de malignité sont possibles, les faux négatifs sont bien



Fig. 21.

plus dangereux par les erreurs thérapeutiques ou les retards diagnostiques qu'ils entraînent.

Il paraît donc prudent de :

– systématiquement examiner les lésions cliniquement évocatrices de kératose séborrhéique en dermoscopie pour repérer les signes atypiques (*fig. 21, flèche jaune*) pouvant conduire à envisager l'hypothèse d'un mélanome en particulier ;

– ne pas choisir une méthode thérapeutique de destruction sans contrôle histologique, comme la cryothérapie, dans les cas cliniquement et/ou dermoscopiquement douteux mais préférer dans ces cas le curettage + examen histopathologique.

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