

Fiche pratique

Fiche de dermoscopie n° 10

Cas clinique

Il s'agit d'un homme de 30 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 mais ses loisirs ensoleillés sont importants (sports de plein air et sports nautiques). Il n'a pas d'antécédent personnel ou familial de cancer de la peau.

Il connaît depuis 3 ou 4 ans la lésion pigmentée de la joue gauche présentée sur la **figure 1**. Toutefois, la relecture de photographies d'identité anciennes retrouve une lésion à la limite de la visibilité dans cette même topographie il y a



Fig. 1.

plus de 8 ans. Celle-ci a grandi très lentement depuis sa première constatation il y a 3 ou 4 ans pour mesurer aujourd'hui 12 mm de diamètre maximal. La couleur globale est longtemps restée stable mais le patient note depuis quelques mois

l'apparition de zones plus foncées au centre. C'est ce qui motive la consultation de ce jour.

Il ne décrit aucun signe fonctionnel et le reste de l'examen dermatologique corps entier ne retrouve aucune anomalie significative.

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

Quel est votre diagnostic ?

Quelle est votre proposition de prise en charge ?

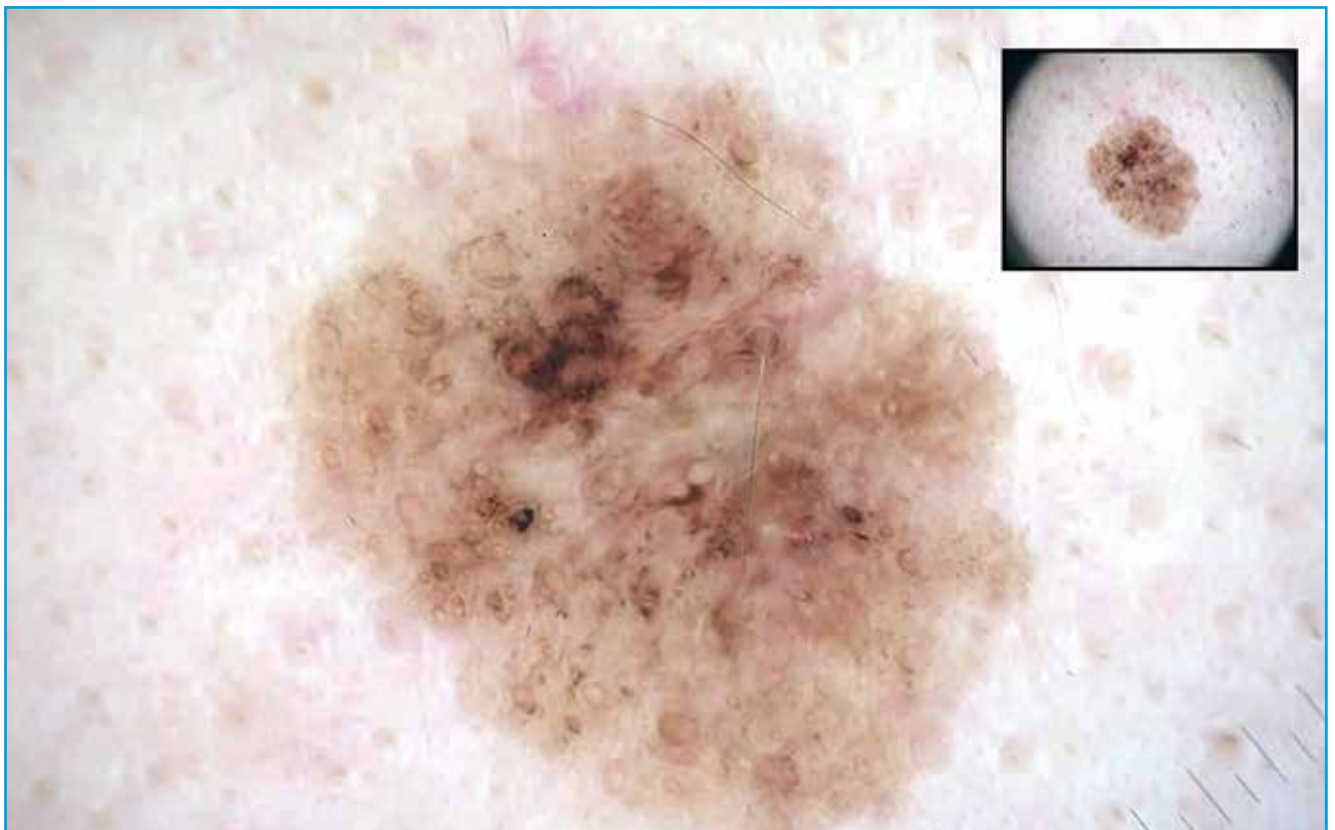


Fig. 2.

■ Solution

Quel est votre diagnostic ? (fig. 3)

Cette lésion pigmentée est bichrome brun clair et brun foncé avec des limites plutôt nettes mais pas surlignées ni “mordillées”. On observe des images d’envahissement folliculaire (cercles de différents types) et de remaniement pigmentaire périfolliculaire (images annulaires granulaires et ébauche de structure rhomboïde correspondant aux zones cliniquement plus foncées). Il n’est pas retrouvé de signe clair en faveur de l’un des deux diagnostics différentiels du mélanome de Dubreuilh (LMM) que sont le lentigo actinique/kératose séborrhéique plane et la kératose actinique pigmentée.

Il s’agit d’une lésion très suspecte d’être un mélanome de type LMM de la face malgré le jeune âge du patient.

Quelle est votre proposition de prise en charge ?

Un examen histopathologique de la lésion est indispensable.

Une biopsie partielle ciblée sur la zone rhomboïde, pour permettre d’affirmer le diagnostic avant d’entreprendre toute autre démarche thérapeutique, serait notre premier choix si la microscopie confocale n’est pas disponible.

Une biopsie-exérèse avec marges courtes est réalisable dans cette topographie ; elle devra être préférée à une *shave biopsy*.

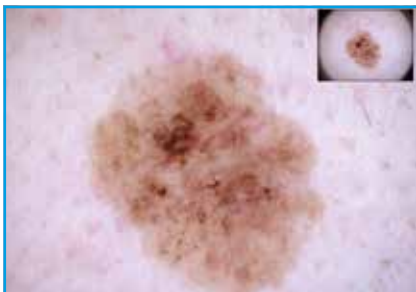


Fig. 3.

La microscopie confocale de réflectance *in vivo* est certainement une très bonne alternative à la biopsie partielle mais cette technique n’est pas disponible partout. En revanche, si elle permet pratiquement toujours, entre les mains d’un opérateur entraîné, d’affirmer le diagnostic d’une lésion pigmentée faciale et de mieux cibler le site d’une éventuelle biopsie, elle ne permet pas d’établir l’histopronostic en cas de mélanome.

L’examen histopathologique confirmera l’hypothèse clinique d’un **mélanome de Dubreuilh (LMM) de niveau II et de 0,3 mm** d’épaisseur micrométrique. Dans un second temps, une reprise élargie avec réparation par lambeau de rotation sous AL sera faite avec un bon résultat esthétique et fonctionnel. Bien sûr, aucun bilan d’imagerie ne sera réalisé. Le patient est en rémission complète depuis plus de 5 ans au moment de la rédaction de ce cas clinique.

■ Commentaires (fig. 4)

Cette lésion pigmentée est bichrome brun clair et brun foncé avec des limites plutôt nettes mais pas surlignées ni “mordillées”. On observe en outre :

– des images (non spécifiques) de cerclage folliculaire régulier (**flèches bleu clair**) ;

– des images de cerclage folliculaire incomplet (dessinant une lettre “C” : **flèches jaunes**) ;

– des images de cerclage folliculaire en “bague à chaton” (**flèches bleu foncé**) ;

– des images de cerclage folliculaire irrégulier “cabossé” (**flèches rouges**) ;

– de rares images annulaires et granulaires (**dans les cercles gris**) ;

– une ébauche d’image rhomboïde (**losange vert**) ;

– de rares granulations grises (**dans le cercle violet**).

Enfin, il n’est pas retrouvé de signe clair en faveur de l’un des deux diagnostics différentiels du mélanome de Dubreuilh que sont le lentigo actinique/kératose séborrhéique plane et la kératose actinique pigmentée :

– pas de bordure nette surlignée ;

– pas de bordure mordillée ;

– pas de kyste de milium ou d’ouverture pseudo-comédonienne ;

– pas de lignes parallèles (ou “empreintes digitales”) brunes ;

– pas de large plage brune sans structure ;

– pas d’orifice pilosébacé hyperkératosique de taille irrégulière avec éventuelles “rosettes” ;

– pas de fond érythémateux marqué interfolliculaire (image de “fraise”) ;

– pas de squames.

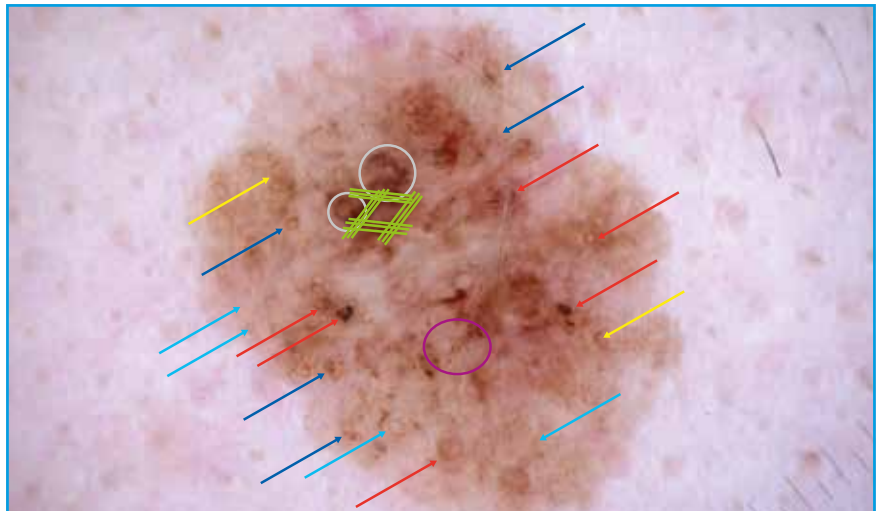


Fig. 4.

Fiche pratique

Le diagnostic dermoscopique des lésions pigmentées faciales

L. THOMAS

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

La dermoscopie reflète l'anatomie, les propriétés optiques de la peau et des chromophores qui y sont inclus. C'est ainsi, par exemple, que la jonction dermo-épidermique festonnée de la peau commune explique la réticulation observée dans beaucoup de lésions pigmentées dont la pigmentation est jonctionnelle (*cf. fiches de dermoscopie n° 2, 3 et 8*).

Avec cette fiche sur les pigmentations faciales se poursuit donc le chapitre des "localisations spéciales" en dermoscopie qui concerne des zones anatomiques où les structures cutanées, et singulièrement la jonction dermo-épidermique, s'agencent différemment, ce qui se traduit, en dermoscopie, par des propriétés optiques et donc des éléments sémiologiques différents. Ces zones sont : la peau acrale (*cf. fiche de dermoscopie n° 9*), les muqueuses, les ongles, les cicatrices et, bien sûr, le visage et le cuir chevelu.

La peau faciale normale se caractérise :
– par un festonnement moins marqué de la jonction dermo-épidermique qui se traduira en dermoscopie par une réticulation très peu visible dans les espaces interfolliculaires ;
– par une épaisseur épidermique moindre, ce qui permettra une meilleure visibilité de certaines structures sous-jacentes comme les vaisseaux ou les fines pigmentations dermiques (mélanophages qui se traduisent par une granulation grise [*peppering*] en particulier) ;
– chez l'adulte, par des annexes pilo-sébacées de grande taille, ce qui se

N.B. 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 sur le visage. La dermoscopie en immersion devra, bien sûr, éviter les produits alcoolisés (gel antiseptique) à proximité des muqueuses. En outre, seule la dermoscopie en polarisation permettra d'observer les images "de rosette" ou les "lignes blanches brillantes" ("chrysalides").

La prise de photographies de qualité, notamment pour leur usage en télémedecine, ne peut se faire qu'en combinant contact + immersion ± polarisation.

traduit par une interruption des structures pigmentées par des trous arrondis constituant ce que l'on appelle parfois une "fausse réticulation" par contraste avec la réticulation en nid d'abeilles du patron réticulaire habituel (*cf. fiche de dermoscopie n° 2*).

Les problèmes courants facilement réglés

Sur le visage (ou sur le cuir chevelu), le diagnostic des nævus pigmentaires,

du carcinome basocellulaire pigmenté (*cf. fiche de dermoscopie n° 6*), de la kératose séborrhéique nettement papuleuse (*cf. fiche de dermoscopie n° 7*) ou des très rares dermatofibromes (*cf. fiche de dermoscopie n° 8*) ou hémangiomes thrombosés ne pose pas de problème topographique très spécifique et nous ne les aborderons que très brièvement pour signaler que :

– les nævus sont le plus souvent globulaires et les globules sont simplement dispersés autour des trous folliculaires (*fig. 5*) ;

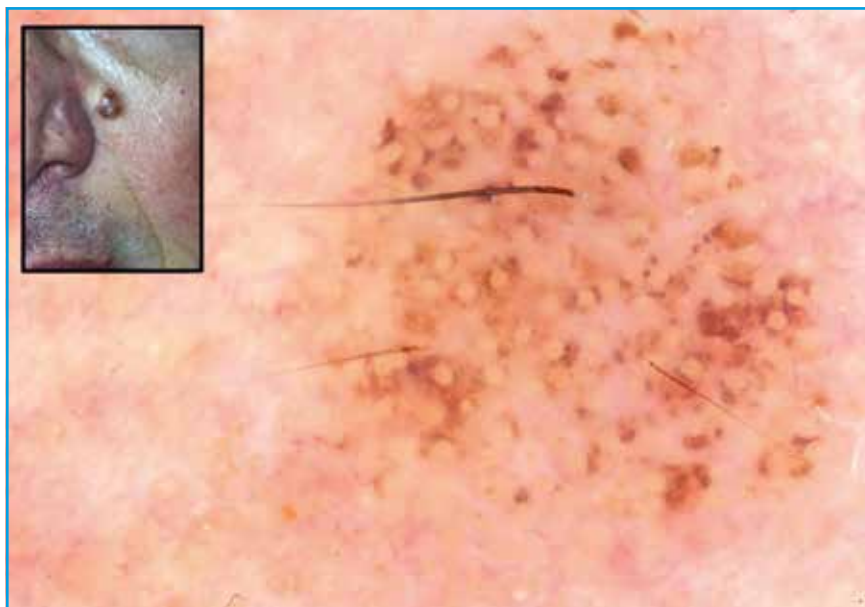


Fig. 5.

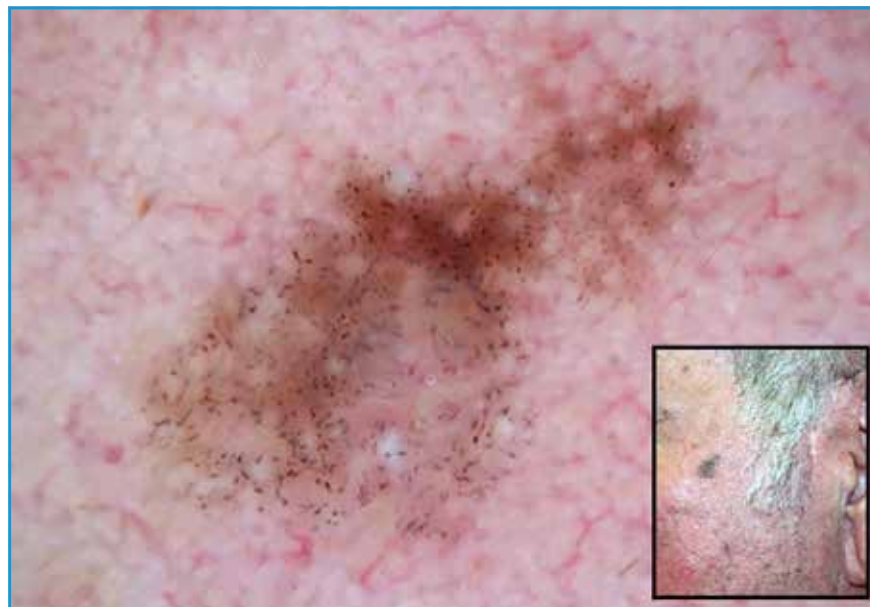


Fig. 6.

– les kératoses séborrhéiques de la face présentent parfois des ouvertures pseudo-comédoniennes de très petite taille qui pourraient, en les regardant un peu rapidement, porter à confusion avec de la granulation grise mais qui s'en distinguent par leur répartition relativement régulièrement espacée et leur bordure très nette (**fig. 6**).

Le difficile diagnostic différentiel entre mélanome de Dubreuilh, lentigo actinique et kératose actinique pigmentée

La principale difficulté diagnostique concerne donc les lésions pigmentées planes du visage que sont le lentigo actinique, la kératose actinique pigmentée et le mélanome de Dubreuilh encore appelé lentigo malin ou *lentigo maligna melanoma* ou LMM (N.B. : pour notre part, nous ne distinguons pas, nosologiquement parlant, lentigo malin *in situ* parfois appelé seulement LM et invasif, parfois appelé LMM, mais cette distinction peut être faite par certains auteurs).

Ce diagnostic différentiel est important car, si les techniques destructives non

histologiques sont autorisées pour le lentigo actinique et la kératose actinique pigmentée, un traitement carcinologique avec contrôle histopathologique des marges est de principe requis pour le LMM, surtout s'il est invasif (ce que ne peut préciser la dermoscopie). Une destruction trop superficielle d'un LMM peut conduire à une récurrence locale, par-

fois seulement superficielle, mais aussi parfois profonde, de type desmoplastique, avec un pronostic plus réservé.

Or, il n'est pas possible ni souhaitable de contrôler histologiquement toutes les lésions pigmentées planes de la face avant traitement. L'évaluation préthérapeutique repose donc le plus souvent seulement sur l'examen clinique et, bien sûr, l'examen dermoscopique.

1. En faveur d'un mélanome

Il existe des arguments positifs en faveur du mélanome mais aussi des arguments négatifs :

>>> Éléments positifs

On retient comme arguments en faveur du mélanome :

- **L'assombrissement de la lésion lors de l'examen dermoscopique**, qui se définit par l'apparition d'une couleur plus foncée qui était invisible à l'œil nu (par exemple du noir ou du gris alors qu'il n'y avait que du brun à l'examen sans outil), est un symptôme assez rare (30 %) mais évocateur (**fig. 7**).

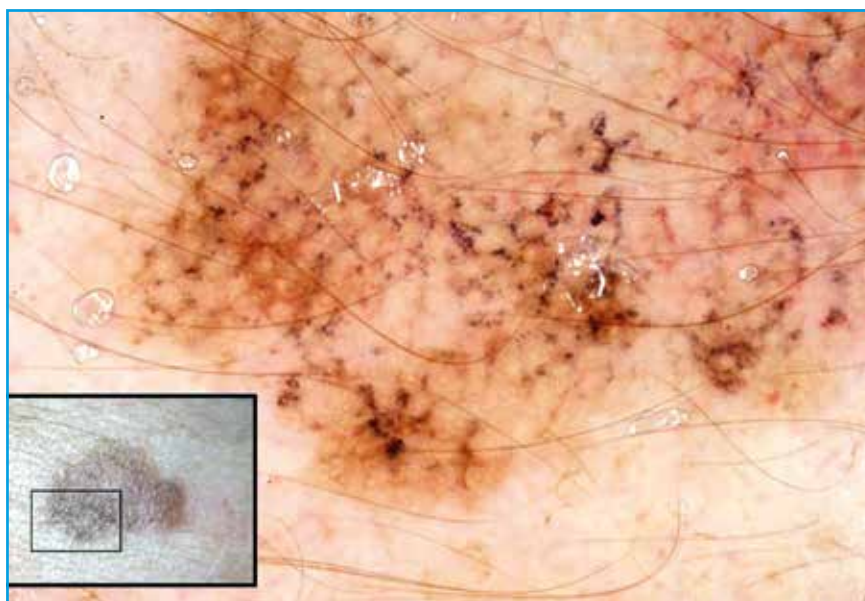


Fig. 7.

Fiche pratique

● **Un aspect différent des vaisseaux dans la surface intéressée par la lésion** lorsqu'on les compare à la peau avoisinante est aussi un élément sémiologique de valeur, quoique rare et probablement tardif, en faveur d'un mélanome (**fig. 8**).

● **Les images traduisant une invasion progressive des structures folliculaires** associées à des **images reflétant les processus d'invasion de l'espace inter-folliculaire et son remaniement** par la réponse immunitaire de l'hôte :

– cercles folliculaires : la dermoscopie visualise le cylindre pileux par son extrémité supérieure sous la forme d'un cercle pratiquement pas pigmenté. Mais l'invasion des enveloppes pileuses, présente précocement dans le mélanome,

va surligner ce cercle (**fig. 9**) qui va progressivement devenir plus sombre et dont la pigmentation va apparaître, ainsi visualisée depuis le plan de l'épiderme, de plus en plus irrégulière formant des cercles incomplets (en forme de lettre "C"), des images en "bague à chaton" (avec une zone épaissie à un pôle du cercle) ou des cerclages très irréguliers "cabossés" ou "biscornus" (**fig. 2, 3, 9 et 10A**) ;

– images annulaires et granulaires : dans les espaces interfolliculaires, l'invasion par les cellules pigmentées et le remaniement par la stroma-réaction vont d'abord produire des images dermoscopiques de mélanophagie qui, comme nous l'avons vu dans les fiches précédentes, forment une granulation grise (*peppering*) (cf. fiche de dermoscopie n° 3). Cette

granulation se dispose ici autour des follicules sous forme d'anneaux granuleux gris plus ou moins sombres (**fig. 10B, 11 et 12**) ;

– images rhomboïdes interfolliculaires : la progression du mélanome dans l'espace interfolliculaire va assombrir cet espace en créant des images de losanges (**fig. 10C, 13 et 14**) progressivement de plus en plus marqués (**fig. 15**) centrés par les follicules restés encore, au moins en partie, clairs ;

– obscurcissement total des espaces folliculaires et interfolliculaires : la poursuite de la progression tumorale va aboutir à l'obscurcissement du centre des losanges avec disparition des structures folliculaires et parfois des images de poils "sortant de nulle part" (**fig. 10D, 16 et 17**).

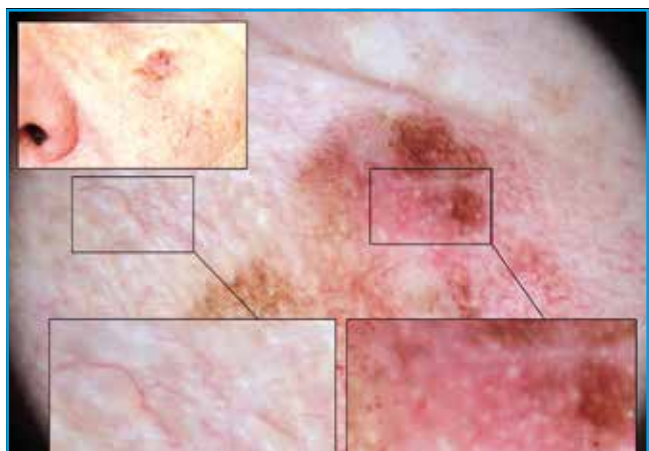


Fig. 8.

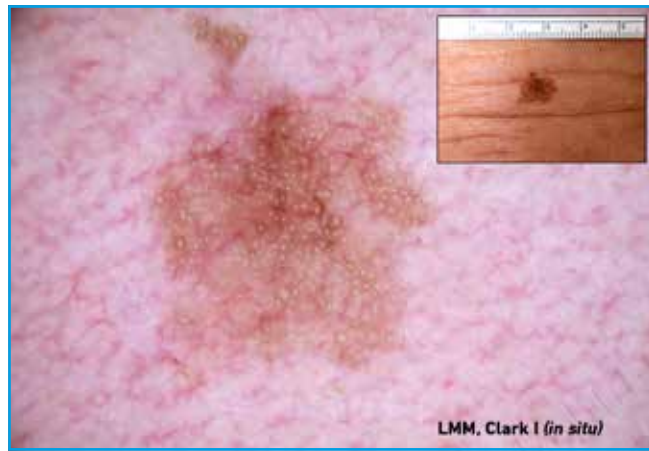


Fig. 9.

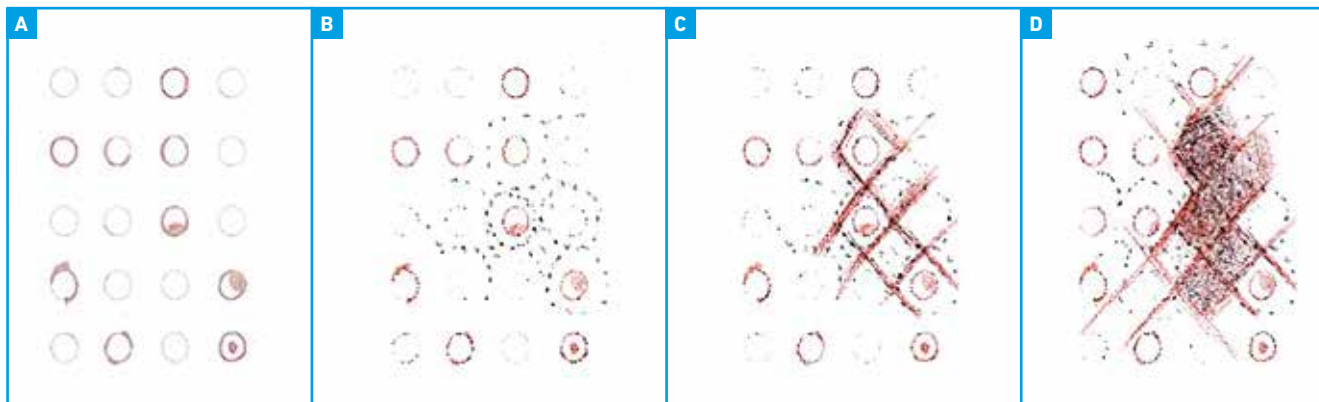


Fig. 10.

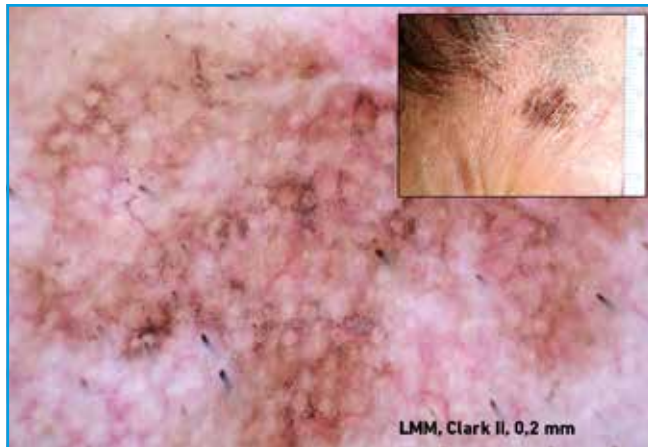


Fig. 11.



Fig. 12.

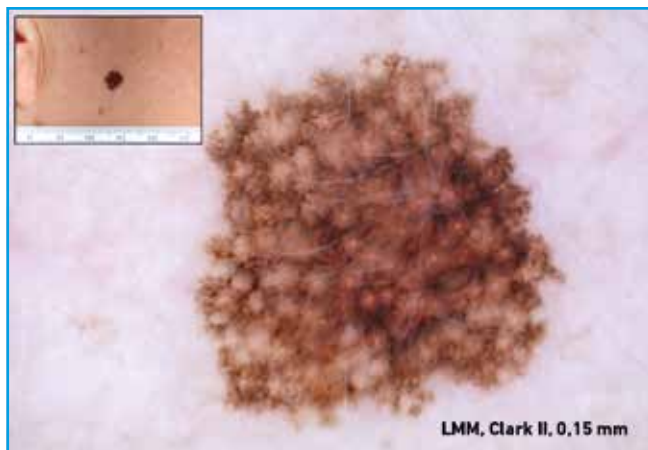


Fig. 13.

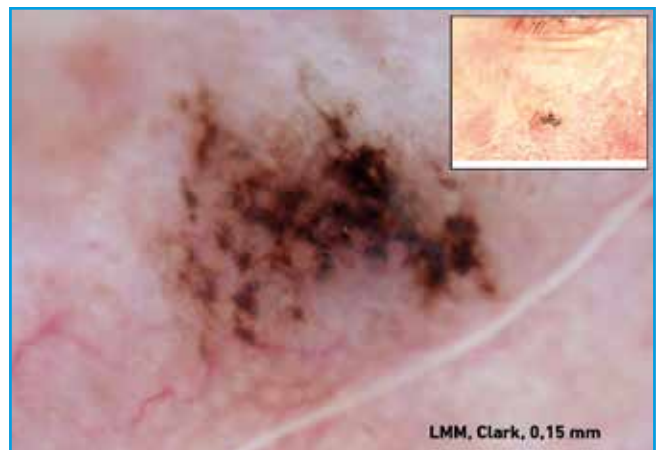


Fig. 14.

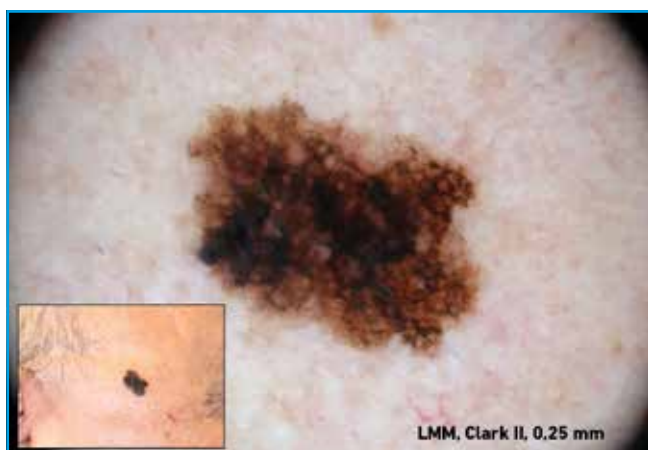


Fig. 15.

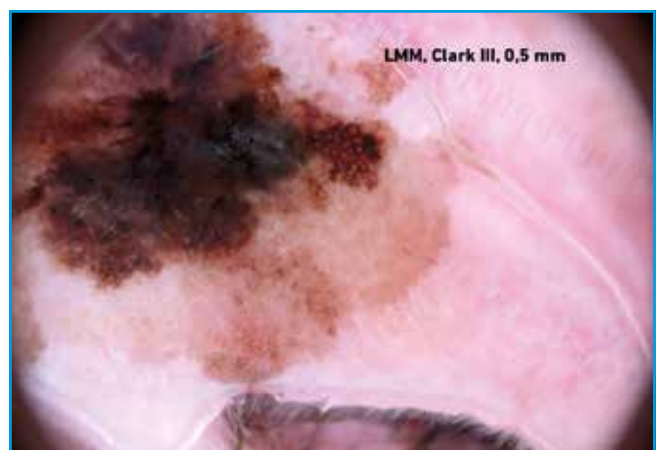


Fig. 16.

Fiche pratique

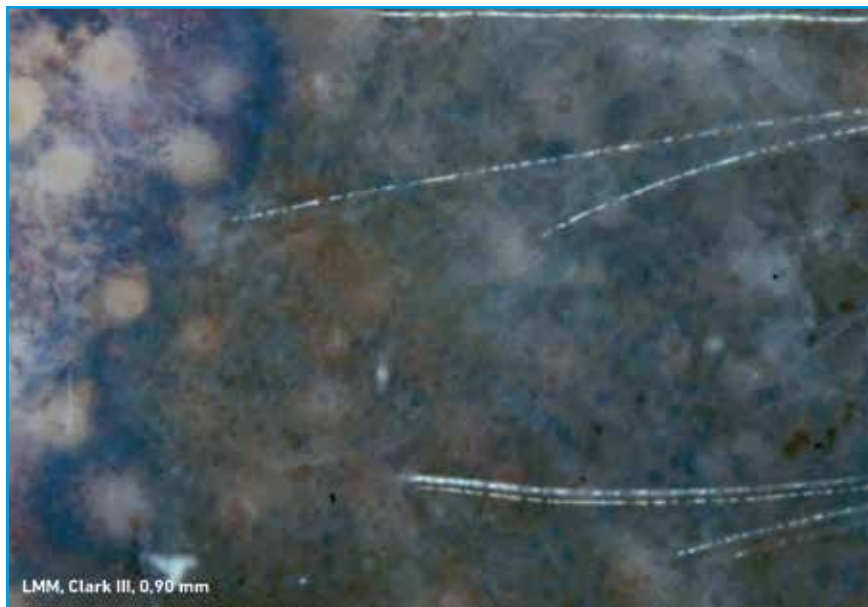


Fig. 17.

>>> Éléments négatifs

Récemment, une approche originale a été proposée pour aborder le difficile diagnostic différentiel des lésions pigmentées planes du visage.

Il s'agit de rechercher les signes clairement en faveur d'un des diagnostics différentiels que sont le lentigo actinique/kératose séborrhéique et la kératose actinique pigmentée que nous verrons dans le chapitre suivant.

Il s'agit :

- d'une bordure nette surlignée et parfois polyconcave ("mordillée") en faveur d'un lentigo actinique ;
- de la présence de kystes de milium et/ou d'ouvertures pseudo-comédoniennes et/ou d'images cérébriformes en faveur d'une kératose séborrhéique ;
- de la présence d'images de lignes parallèles (en "empreintes digitales") ou de plages pigmentées bun clair sans structure également en faveur de ces deux précédents diagnostics ;

- de la présence d'un érythème périfolliculaire marqué séparant des ouvertures folliculaires hyperkératosiques (ou image de "fraise") en faveur d'une kératose actinique ;
- de la présence d'ouvertures folliculaires nettement kératosiques de taille variable avec présence (en polarisation) de "rosettes" en faveur d'une kératose actinique ;
- de la présence de squames en quantité significative en faveur d'une kératose actinique (mieux visibles sans immersion).

Ainsi, si aucun de ces 7 critères n'est présent, et même en l'absence de critère positif pour un mélanome, la lésion devra être considérée comme indéterminée et donc suspecte de correspondre à un mélanome (fig. 18). Elle sera alors le plus souvent biopsiée ou examinée en microscopie confocale de réflectance *in vivo* (fig. 19, même patient que celui présenté sur la figure 18 : les mélanocytes atypiques sont reflétants et apparaissent donc blancs, ils sont irréguliers dans leur taille, volontiers "dendritiques" et se disposent en plus grande quantité autour des follicules pileux).

2. En faveur d'un lentigo actinique

Précisons à nouveau (cf. fiche de dermatoscopie n° 7) que, nosologiquement, le lentigo actinique et la kératose sébor-



Fig. 18.

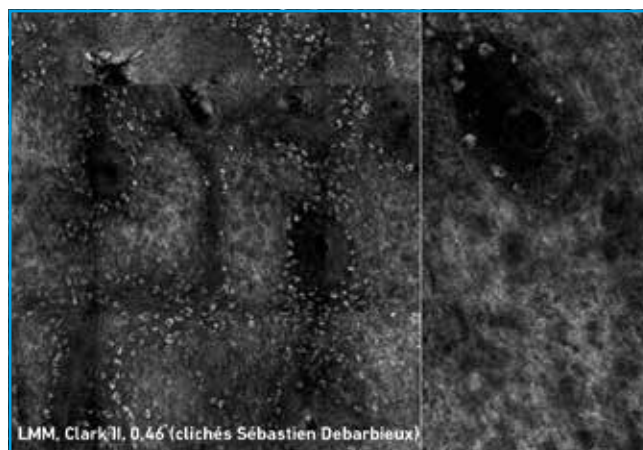


Fig. 19.

rhéique constituent deux pôles cliniques d'une même pathologie épithéliale non mélanocytaire bénigne, le premier étant la forme plane de la seconde.

Les critères sémiologiques dermoscopiques en faveur d'un lentigo actinique/kératose séborrhéique plane sont :

- des bordures nettes souvent surlignées par un liseré hyperpigmenté et volontiers polyconcaves (“mordillées” ou “mangées par les mites”) (*fig. 20*);
- de larges plages sans structures brun clair (*fig. 21*), parfois seulement interrompues par les ouvertures folliculaires (*fig. 20*). À très fort grossissement, ces plages peuvent apparaître finement réticulaires (*fig. 22*);

- des images de lignes parallèles multiples (en “empreinte digitale”) (*fig. 23*);

- des images clairement en faveur d'une kératose séborrhéique comme par exemple des ouvertures pseudo-comédoniennes (*fig. 24*), des microkystes de milium ou des fissures à disposition cérébriiforme.

3. En faveur d'une kératose actinique pigmentée

La kératose actinique est un processus également épithélial mais de nature maligne ou pré-maligne (selon les auteurs). En ce sens, elle appartient à la famille du carcinome spinocellulaire.

Elle peut être pigmentée, en particulier chez les sujets de phototype foncé.

Les critères dermoscopiques en faveur d'une kératose actinique sont :

- un fond érythémateux interfolliculaire parsemé de structures hyperkératosiques folliculaires (*fig. 25 et 26*);
- une grande variabilité de taille de ces structures folliculaires d'un point à un autre de la lésion (*fig. 25*);
- la présence, en lumière polarisée, de “rosettes” au centre des orifices folliculaires : 4 petits points blancs brillants géométriquement associés en quinconce régulier (*fig. 26, flèches jaunes*);
- la présence de squames (qui seront invisibles en cas d'examen en immersion).

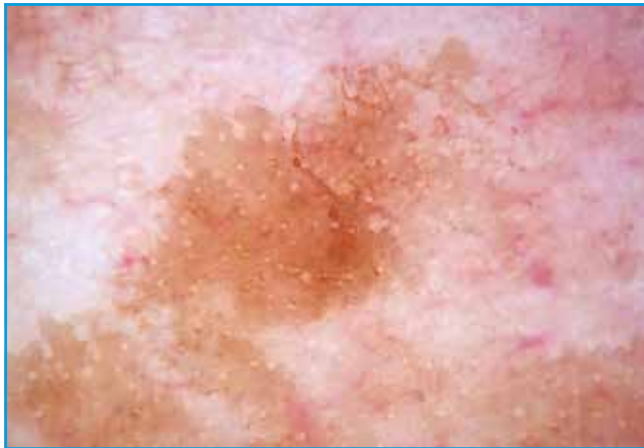


Fig. 20.

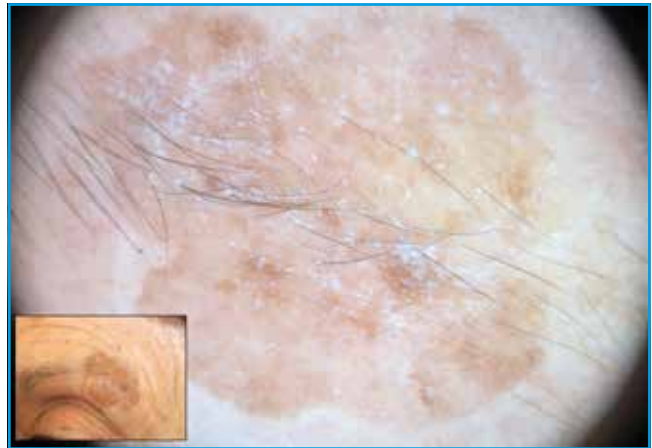


Fig. 21.

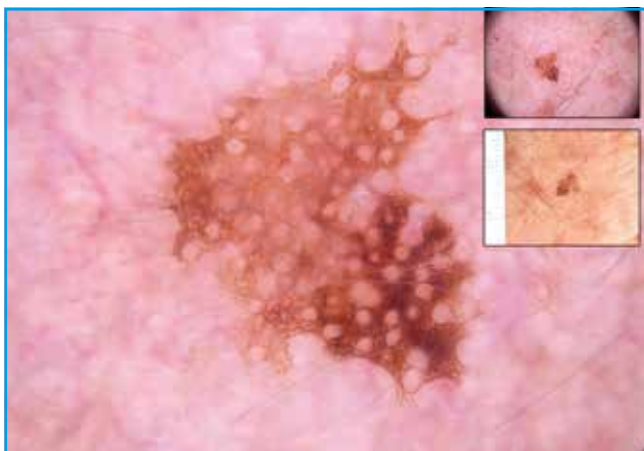


Fig. 22.



Fig. 23.

Fiche pratique



Fig. 24.

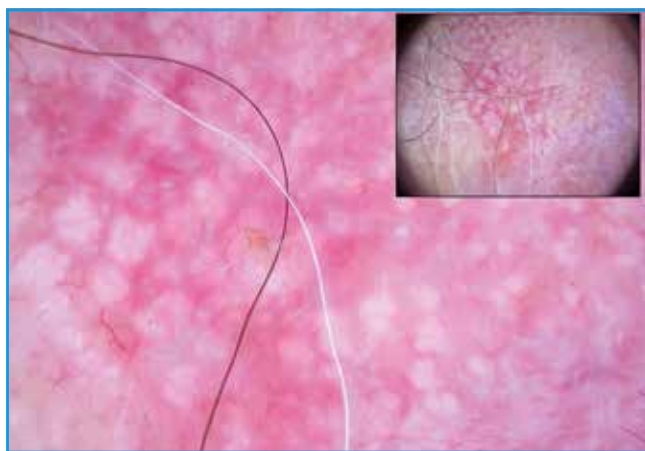


Fig. 25.



Fig. 26.

POINTS FORTS

- En dermoscopie faciale les 3 diagnostics différentiels les plus difficiles sont ceux de **mélanome de Dubreuilh (LMM)**, de **lentigo actinique** et de **kératose actinique pigmentée**.
- Il faut d'abord rechercher des signes clairement en faveur d'une étiologie non mélanomateuse :
 - des limites nettes et "mordillées", des plages sans structure brunes, des lignes parallèles, des ouvertures pseudo-comédoniennes et/ou kystes de milium en faveur d'un lentigo actinique/kératose séborrhéique plane ;
 - un érythème interfolliculaire marqué, des follicules hyperkératosiques de taille variable, des "rosettes" et des squames en faveur d'une kératose actinique.
- Il faut ensuite rechercher les signes évocateurs de **mélanome** :
 - des images d'invasion des gaines pilaires : cercles irréguliers ou incomplets, images "en bague à chaton" ;
 - des images de remaniement et d'invasion interfolliculaire : images annulaires et granulaires, images rhomboïdes, obscurcissement total de l'orifice folliculaire ;
 - parfois des signes plus inconstants : obscurcissement global de la lésion en dermoscopie ou un aspect vasculaire différent au sein de la lésion.
- En l'absence des uns et des autres, on parlera de **lésion indéterminée** et on pourra avoir recours à la biopsie, à la surveillance en dermoscopie numérique ou, si possible, à la microscopie confocale.
- Les signes dermoscopiques associés à la régression histologique (granulations grises et dépigmentation pseudo-cicatricielle) ne sont spécifiques d'aucun des 3 diagnostics et, devant des images annulaires et granulaires isolées, il s'agira aussi d'une **lésion indéterminée** et on aura également recours à la biopsie, à la surveillance en dermoscopie numérique ou, si possible, à la microscopie confocale.
- Le **mélanome lentigineux extra-facial** partage avec le LMM les signes liés à la régression mais, à des stades plus précoces, on cherchera des polygones, voire une dépigmentation du fond des plis cutanés.

■ Les lésions régressives

Les images dermoscopiques associées à la régression histologique sont :

- la dépigmentation pseudo-cicatricielle qui associe des plages dépigmentées (soit plus pâles ou aussi pâles que la peau à l'entour de la lésion) et des lignes blanches brillantes (ou "chrysalides") qui ne sont visibles qu'en lumière polarisée. Elle correspond histologiquement à une disparition des cellules pigmentées et à un fibrose dermique post-inflammatoire ;
- les granulations grises (ou *peppering*) qui correspondent aux mélanophages et qui se disposent, sur le visage, dans les espaces interfolliculaires, créant des images annulaires et granulaires.

Cette régression histologique, liée à la réponse immunitaire de l'hôte, n'est pas spécifique d'un diagnostic ou d'un autre et elle va s'observer :

- au cours du processus de remaniement anatomique du mélanome de Dubreuilh par la réaction inflammatoire de la stroma-réaction ;
- lors des phénomènes inflammatoires de régression des kératoses actiniques qui, du fait de la disposition anatomique jonctionnelle de l'infiltrat lymphocytaire, rappelant le lichen plan, sont dénommées "kératoses actiniques lichénoïdes" ;
- lors de la disparition volontiers traumatique (spontanée ou médicale par application d'azote liquide par exemple)

des lentigos actiniques et kératoses séborrhéiques.

Ainsi, certaines images dermoscopiques annulaires granulaires isolées peuvent être totalement indéterminées quant à leur étiologie. On considérera volontiers le diagnostic de lentigo actinique (**fig. 27**), de mélanome (**fig. 12**) ou de kératose actinique lichénoïde pigmentée (**fig. 26**) en cas de persistance, dans une zone de la lésion, d'un fragment sémiologiquement caractéristique de l'une de ces étiologies.

On évoquera une kératose actinique lichénoïde si l'interrogatoire retrouve la présence préexistante d'une lésion



Fig. 27.

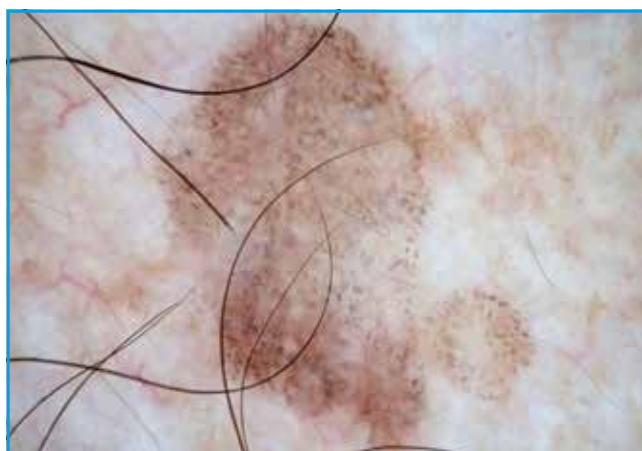


Fig. 28.

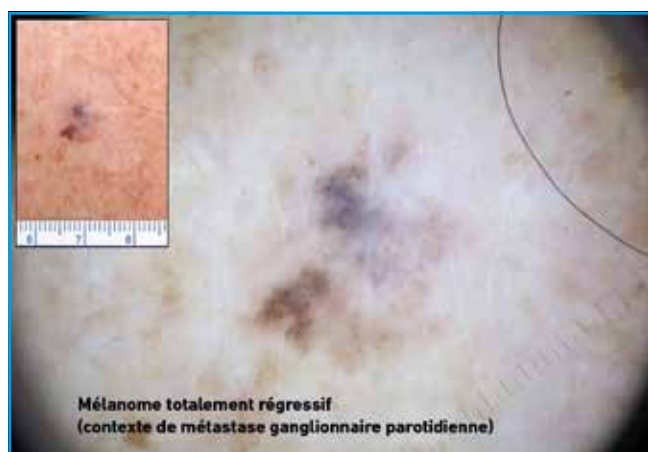


Fig. 29.



Fig. 30.

Fiche pratique



Fig. 31.

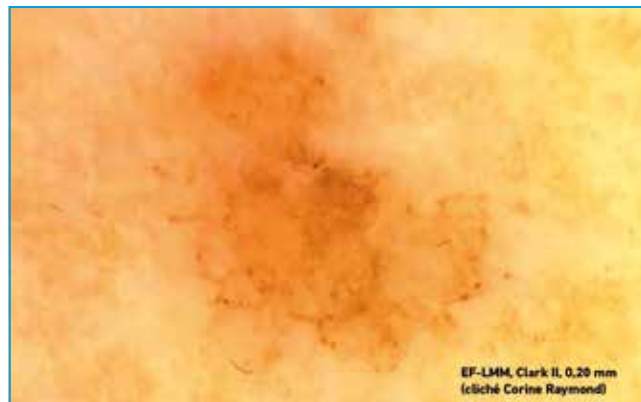


Fig. 32.

rugueuse et de l'apparition d'une inflammation localisée parfois accompagnée de prurit. On évoquera plutôt un lentigo actinique régressif en cas de limites nettes (*fig. 28*).

Enfin, il faudra suspecter un mélanome régressif si les images annulaires granulaires sont accompagnées d'une dépigmentation pseudo-cicatricielle (*fig. 29*).

Toutefois, les cas douteux sont nombreux et la biopsie ou, bien mieux, la microscopie confocale et/ou la surveillance en dermoscopie numérique (*fig. 30*: kératose actinique lichénoïde ayant quasiment disparu à M6) sont parfois nécessaires pour trancher entre ces différentes hypothèses.

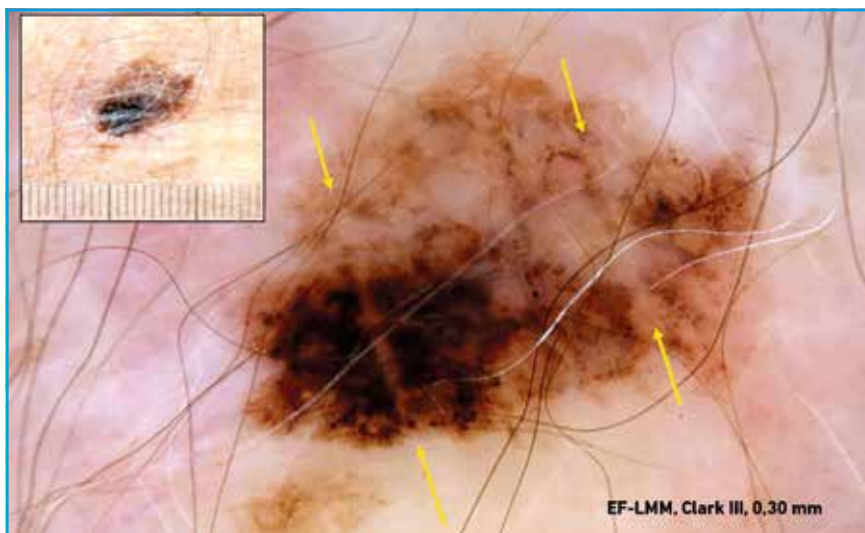


Fig. 33.

FotoFinder®
La référence mondiale en imagerie cutanée

www.fotofinder.fr



Cas particulier du mélanome lentigineux extra-facial

Le mélanome lentigineux existe sur les muqueuses (MLM), sur les extrémités et les ongles (ALM), et sur le visage et le cuir chevelu (mélanome de Dubreuilh ou LMM). Toutefois, en peau extra-faciale chroniquement insolaée (décolleté, avant-bras et jambes), certains mélanomes sont également de type lentigineux et leur histoire naturelle, leur épidémiologie, leur histologie et bien souvent leur profil

génotypique les rapprochent beaucoup du mélanome de Dubreuilh. On parle volontiers dans ce cas de mélanome lentigineux extra-facial (EF-LMM).

Sur le plan dermoscopique, ils partagent avec le mélanome de Dubreuilh la séméiologie liée à la régression (granulation et dépigmentation pseudo-cicatricielle) dans les formes anciennes (**fig. 31**) mais au stade précoce deux signes dermoscopiques évocateurs ont été décrits dans ces lésions :

- la présence de polygones qui est le signe le plus évocateur (**fig. 32**);
- la dépigmentation du fond des ridules et plis cutanés (**fig. 33, flèches jaunes**) qui serait plus inconstante et moins spécifique.

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