Fiche pratique

Fiche de dermoscopie n° 14

Cas clinique

Il s'agit d'une femme de 57 ans, de phototype IIIb avec une aptitude moyenne au bronzage. Elle n'a jamais vécu outremer, n'a jamais fait d'UV artificiels, son activité professionnelle est à 80 % intérieure et ses loisirs ensoleillés sont modérés. Elle a été opérée il y a 1 an et demi d'un mélanome du tronc de 1,5 mm d'épaisseur avec ganglion sentinelle négatif et fait depuis l'objet d'une surveillance semestrielle régulière. Elle consulte "en urgence", très inquiète suite à l'apparition brutale depuis 5 ou 6 jours d'une petite lésion noire du flanc gauche (***fig. 1***). La lésion a grossi très rapidement, elle est spontanément sensible et devient nettement douloureuse à la pression. La patiente ne se souvient pas d'une lésion précessive dans cette topographie. Le pansement qu'elle a placé dessus est très légèrement taché de sérosité. La consultation d'images sur des sites internet "sur le mélanome" lui fait craindre une métastase ou un nouveau mélanome et son médecin traitant lui a laissé entendre que cette hypothèse était "*malheureusement assez vraisemblable*".

À l'examen, la lésion mesure près de 3 mm de diamètre, elle est palpable avec un aspect "croûteux" sur un bord. Elle se situe à environ 10 cm de la cicatrice de reprise élargie du mélanome ***(fig. 1, flèche violette***)

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

Quel est votre diagnostic ?

Quelle est votre proposition de prise en charge ?

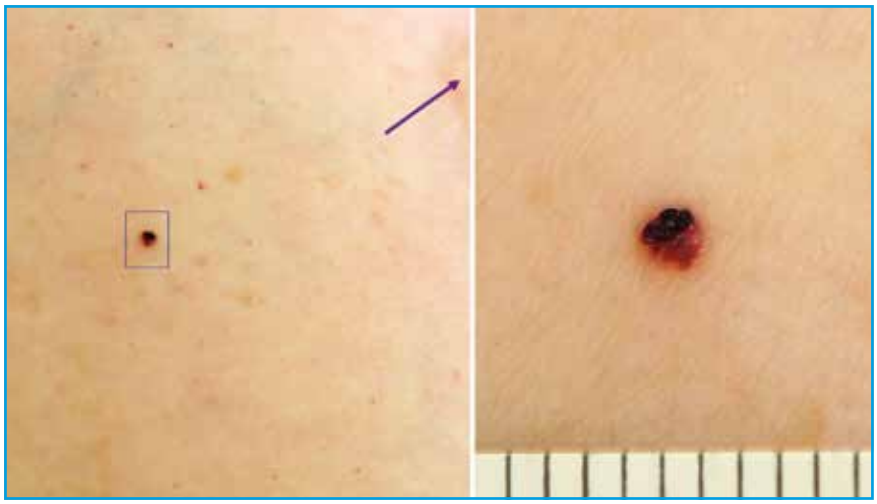

Fig. 1.

Fig. 2.

Fiche pratique

Solution

1. Quel est votre diagnostic ? (***fig. 3***)

Cette lésion est unique et cliniquement pigmentée, elle survient brutalement dans un contexte d'antécédent de mélanome et la suspicion clinique de métastase, voire de second primitif, est légitime d'autant qu'il existe une probable ulcération cutanée (saignement mineur et croûte). L'examen dermoscopique objective un patron sacculaire et aucun signe en faveur d'une lésion mélanocytaire habituelle. Elle présente toutefois l'association de la couleur noire (*black*) et de la couleur bleu-violet (*blue*) : la règle bleu + noir = malin (*blue and black* ou "*BB rule*") connaît ici son exception puisque ce tableau clinico-dermoscopique est en faveur d'un hémangiome (ou d'un angiokératome, la dermoscopie ne peut faire la différence) thrombosé.

Fig. 3.

2. Quelle est votre proposition de prise en charge ?

La lésion sera retirée sous anesthésie locale, sans marge, principalement pour rassurer la patiente, et l'examen histopathologique confirmera le diagnostic d'hémangiome thrombosé. La surveillance de la patiente sera poursuivie en raison de son antécédent de mélanome mais aucun nouvel événement n'a été observé chez elle depuis 8 années.

Commentaires

Sur la dermoscopie en polarisation + immersion (***fig. 4***), on observe :
– des images de plages arrondies ou ovalaires ("saccules") homogènes/sans structure juxtaposées et très bien limitées (***triples flèches vertes***) ;
– elles sont volontiers séparées par des espaces plus clairs (***doubles traits jaunes***), aplatissent leur contours au contact les unes des autres et se juxtaposent en formant des angles plus ou moins fermés (***angles rouges***) ;
– leur couleur est homogènement rouge, noire ou bleu-violet (***flèches blanches et cartouches de couleur correspondante***) ;
– on n'observe ni globule brun, ni stries pigmentées, ni réseau pigmenté ;
– l'ensemble définit le patron sacculaire caractéristique des hémangiomes et angiokératomes ;
– la présence de saccules noirs évoque un phénomène de thrombose, ici partielle, de la lésion avec une couleur noire franche ("*plus noir que noir*" disait Al. Kopf de New York qui ne connaissait cependant probablement pas Coluche !). Il s'agit de l'exception la plus fréquente à la "règle BB" (*blue and black*) qui est, dans les autres cas, très évocatrice d'un mélanome en phase de croissance verticale qu'il s'agisse d'un MN (mélanome nodulaire) vrai ou d'un autre histotype de mélanome devenu pseudo-nodulaire (*cf. fiche à venir "Le patron nodulaire*).

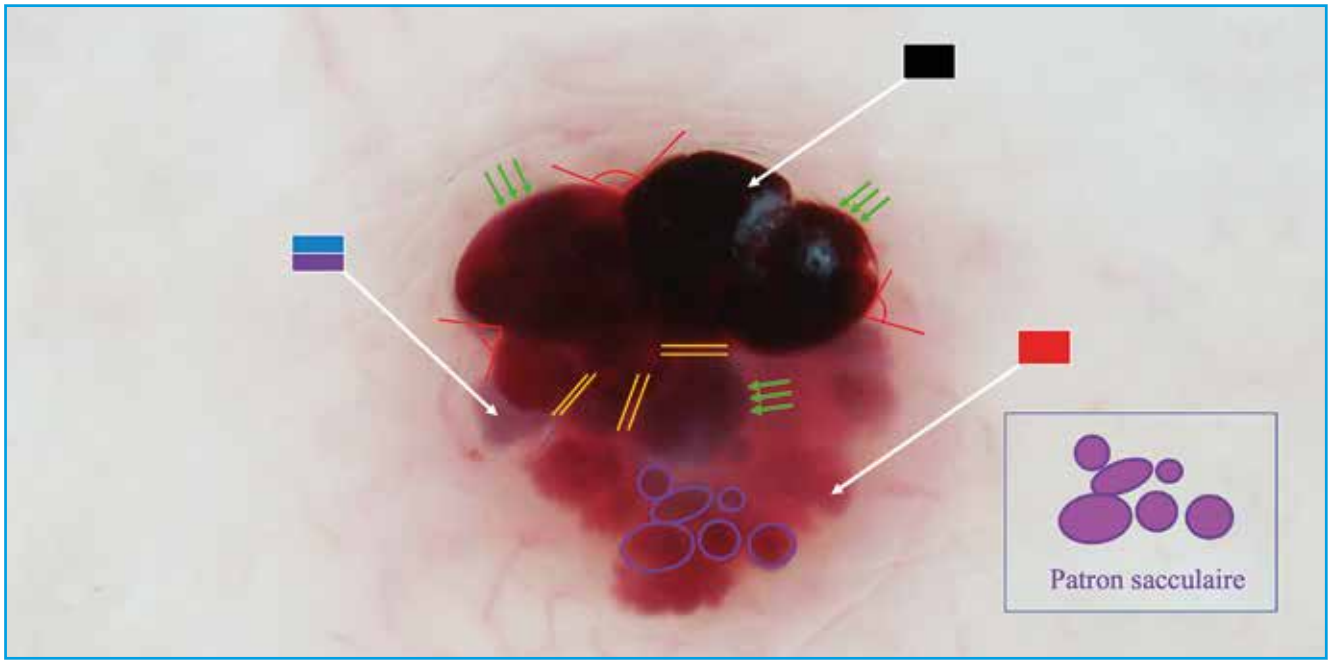

Fig. 4.

Fiche pratique

Le patron dermoscopique sacculaire

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 que la présence de mélanine dans la peau ou les annexes va composer des patrons dermoscopiques pigmentés qui ont été abordés dans les 11 premières fiches de cette série. Mais il existe d'autres chromophores naturels dans la peau qui ont aussi une traduction dermoscopique. L'hémoglobine intracellulaire (dans les globules rouges circulants) apparaîtra rouge en dermoscopie alors qu'elle sera violette, brune ou noire en position extracellulaire, notamment en cas de thrombose.

Trois types vasculaires peuvent être observés en dermoscopie :
– des néo-vaisseaux présents dans le stroma des tumeurs, le plus souvent malignes, constituant les patrons vasculaires atypiques abordés dans la *fiche n° 12* ;
– les vaisseaux naturels papillaires ou sous-papillaires de la peau qui apparaîtront dilatés et bien souvent déformés au voisinage d'une tumeur ou d'un processus pathologique et qui ont fait l'objet de la *fiche n° 13* ;
– des vaisseaux proprement tumoraux ou malformatifs dans les angiomes, angiokératomes et autres lésions de nature vasculaire qui font l'objet de la présente fiche.

Technique dermoscopique

Il est important de noter que les modalités d'examen modifient de manière importante les éléments sémiologiques observés, en particulier en cas de lésion vasculaire.

Le chromophore étant intravasculaire et les vaisseaux partiellement compressibles, l'examen dermoscopique devra s'attacher à modifier le moins possible les structures vasculaires soit en n'exerçant aucune pression (dermoscopie sans contact et en lumière polarisée), soit, en dermoscopie de contact, en exerçant le moins de contrainte mécanique possible sur la lésion en utilisant un gel d'immersion épais type gel d'échographie (non coloré) ou gel hydroalcoolique suffisamment visqueux (Purel).

En outre, certaines de ces lésions étant papuleuses, il faudra, en immersion, prêter une attention particulière à la pression exercée par l'outil sur la zone la plus en relief afin de ne pas y masquer les signes vasculaires.

La prise de photodermoscopies de qualité, notamment pour leur usage en télémédecine, ne peut se faire qu'en combinant contact avec faible appui + immersion dans un gel épais + polarisation.

Le patron sacculaire

Le patron sacculaire (***fig. 2, 3, 4 et 5***) est habituellement facile à reconnaître : il est composé de "saccules", des plages arrondies, ovalaires ou polycycliques bien limitées de couleur homogène rouge (hémangiome capillaire ou "point rubis"), bleu-violet (hémangiome veineux et angiokératomes de tous types). Les plages ou "saccules" sont le plus souvent juxtaposés, leurs contours s'aplatissant au contact les uns des autres, tout en respectant en général un espace plus clair entre eux. Le terme métaphorique de "lagon bleu"

Fig. 5.

(*blue lagoon*) était parfois utilisé en langue anglaise pour les définir mais il n'a pratiquement jamais été employé en français. Le patron sacculaire est typique des hémangiomes et angiokératomes superficiels.

Il est impossible de distinguer hémangiome capillaire (dermique) et angiokératome (intraépidermique) sur la base de l'examen dermoscopique, toutefois la position plus profonde intradermique de certains saccules se traduit par des limites moins nettes (zones périphériques sur la ***figure 5***). C'est d'ailleurs une règle générale en dermoscopie : les objets à limite nette sont superficiels (ouvertures pseudo-comédoniennes, ulcérations, télangiectasies arborescentes, etc.) alors que les éléments profonds (globules bruns, plages bleues sans structure, etc.) ont des contours plus flous.

L'hémangiome ou l'angiokératome thrombosé

De par sa présentation clinique spectaculaire, l'hémangiome thrombosé est un diagnostic différentiel clinique parfois très difficile du mélanome, et notamment du mélanome dit nodulaire (MN) (***fig. 1, 6, 7 et 8***). L'examen dermoscopique montre alors un patron sacculaire avec des saccules noirs extrêmement sombres parfois associés, comme dans le cas introductif, à des saccules rouges et/ou bleu-violet. C'est la seule situation où la "règle BB" (*blue and black*), qui suggère de suspecter un mélanome si la couleur bleue et la couleur noire sont associées dans une même lésion, ne s'applique pas (***fig. 2, 3, 4 et 6***). Avec l'évolution, la lésion peu s'ulcérer en partie ou se remanier, ce qui rend le diagnostic parfois impossible du fait de la disparition des saccules (***fig. 7, 8 et 9***).

Les situations plus inhabituelles

1. Malformations vasculaires superficielles étendues

Lorsqu'elles sont superficielles, certaines malformations vasculaires peuvent pré-

Fig. 6.

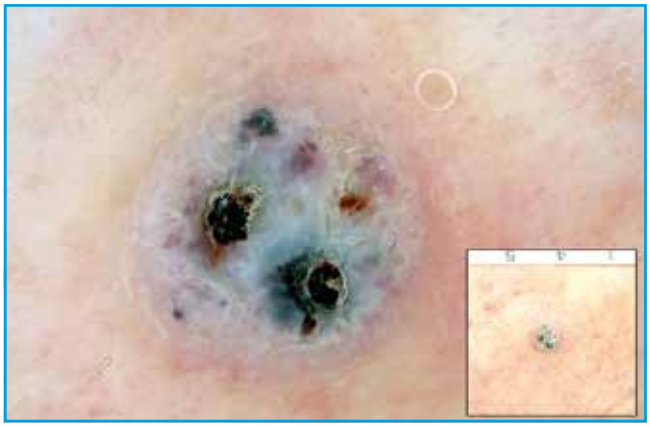

Fig. 7.

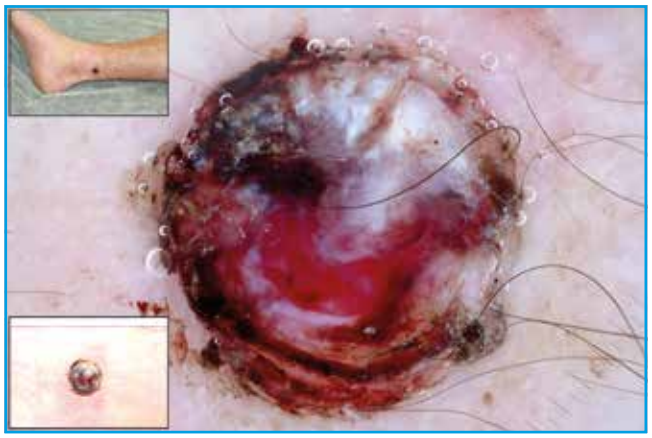

Fig. 8.

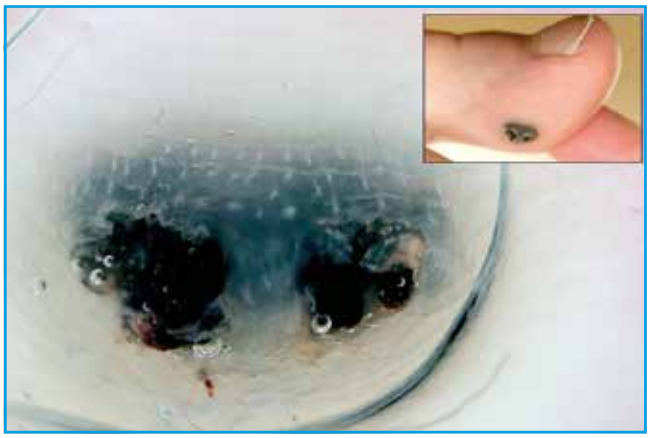

Fig. 9.

Fiche pratique

senter des images sacculaires, comme dans l'angiome dit "serpigineux" de Hutchinson (***fig. 10***). Pour certains auteurs, la présence de saccules bien limités, traduisant la topographie superficielle de la lésion, serait prédictive d'une meilleure efficacité des traitements par laser vasculaire. En revanche, tous s'accordent sur la valeur de l'examen dermoscopique avant/après pour évaluer l'efficacité de ces traitements.

2. Collisions pathologiques

Il n'est pas rare d'observer la présence d'un hémangiome capillaire au sein d'une lésion de toute autre nature et singulièrement dans les nævus pigmentaires de tous types en particulier sur le tronc. Leur patron sacculaire est toutefois aisément reconnaissable (***fig. 11***) et il est bien rare que la question d'une dégénérescence sous la forme d'un mélanome achromique soit évoquée.

3. Formes topographiques

>>> En zone acrale

Deux écueils sémiologiques peuvent être rencontrés : l'épaisseur de la couche cornée peut rendre plus flous les contours des saccules (***fig. 9***) et, dans les malformations vasculaires superficielles, les saccules ont le plus souvent une disposition sur les crêtes des dermatoglyphes pouvant parfois mimer un patron pigmentaire parallèle des crêtes (*cf. fiche n° 9*) qui restent toutefois de la couleur rouge de l'oxyhémoglobine ou bleue de la carboxyhémoglobine (***fig. 12***) et seule leur thrombose peut poser de réelles difficultés diagnostiques.

>>> En zone muqueuse

Les lacs sanguins (dits "séniles") des lèvres peuvent être cliniquement trompeurs mais leur patron sacculaire, le plus souvent bleu-violet, à contours toutefois plus flous que sur le reste de la peau, permet de les reconnaître (***fig. 13***).

>>> Sur le lit de l'ongle

Les hémangiomes capillaires présentent également des contours plus flous

Fig. 10.

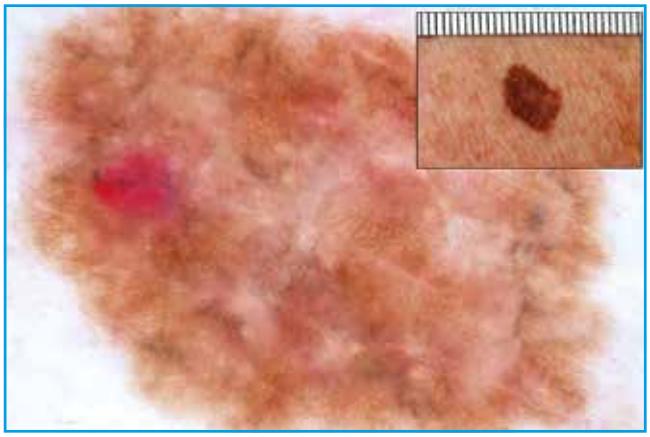

Fig. 11.

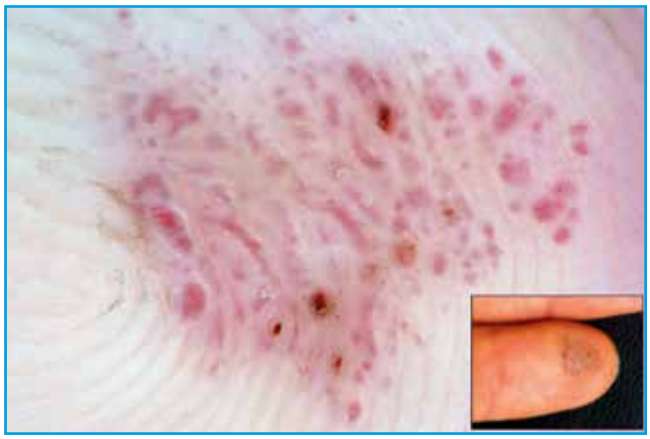

Fig. 12.

Fig. 13.

POINTS **FORTS**

- Le **patron dermoscopique sacculaire** est constitué de plages bien limitées juxtaposées rouges, bleu-violet ou noires.
- Il est clairement évocateur d'une lésion vasculaire superficielle de type **hémangiome capillaire** ou **angiokératome.**
- En cas de **thrombose complète ou partielle,** les saccules ont une **couleur noire homogène extrêmement sombre** qui **peut s'associer à la couleur bleue d'autres saccules** sans avoir de signification maligne.
- Certaines **formes topographiques** acrales, muqueuses ou unguéales sont à connaître de même que la possibilité de **collisions pathologiques,** en particulier avec des nævus.
- Certains hémangiomes thrombosés, soit du fait de leur **grande taille,** soit du fait de leur **diagnostic retardé,** sont tellement remaniés que leur **diagnostic différentiel avec un mélanome nodulaire ou métastatique est impossible** sans examen histologique.

et peuvent être confondus avec des tumeurs glomiques (***fig. 14***).

4. Lésions diagnostiquées plus tardivement ou de grande taille

Lorsque le diagnostic d'hémangiome capillaire thrombosé est réalisé plus tardivement, la nécrose partielle de l'épiderme, l'inflammation et le processus de cicatrisation dermo-épidermique vont aboutir à la création d'images trompeuses où l'on reconnaît à peine le patron sacculaire et où l'on voit de la dépigmentation pseudo-cicatricielle, des lignes blanches et brillantes, des vaisseaux atypiques, du purpura et des ulcérations (***fig. 7***). Certains cas sont clairement indistinguables d'un mélanome nodulaire ou métastatique (***fig. 8***) et leur exérèse pour examen anatomopathologique est impérative.

Fig. 14.

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