

Fiche de dermoscopie N° 1

Cas clinique

Il s'agit d'une femme de 31 ans, de phototype IV avec une bonne aptitude au bronzage. Elle n'a pas d'antécédent dermatologique, n'a pas vécu outre-mer ni fait d'UV artificiels, son activité professionnelle est à 100 % intérieure, ses loisirs ensoleillés sont modérés, elle se protège peu du soleil. Elle ne prend qu'une contraception œstro-progestative depuis 5 ans, elle n'a aucun antécédent médical ou chirurgical, deux grossesses et accouchements normaux il y a 5 et 2 ans. L'anamnèse familiale retrouve un antécédent de carcinome basocellulaire chez sa mère, pas d'autres antécédents cancérologiques familiaux.

Elle est adressée par son médecin traitant pour une lésion pigmentée « très foncée » du sein gauche (figure 1).

La lésion (figure 2) serait présente depuis quelques années, l'interrogatoire ne peut préciser si elle s'est modifiée récemment.

L'examen dermoscopique (immersion + polarisation) est présenté sur la figure 3.

Quel est votre diagnostic ?

Quelle est votre proposition de prise en charge ?



Fig. 1



Fig. 2

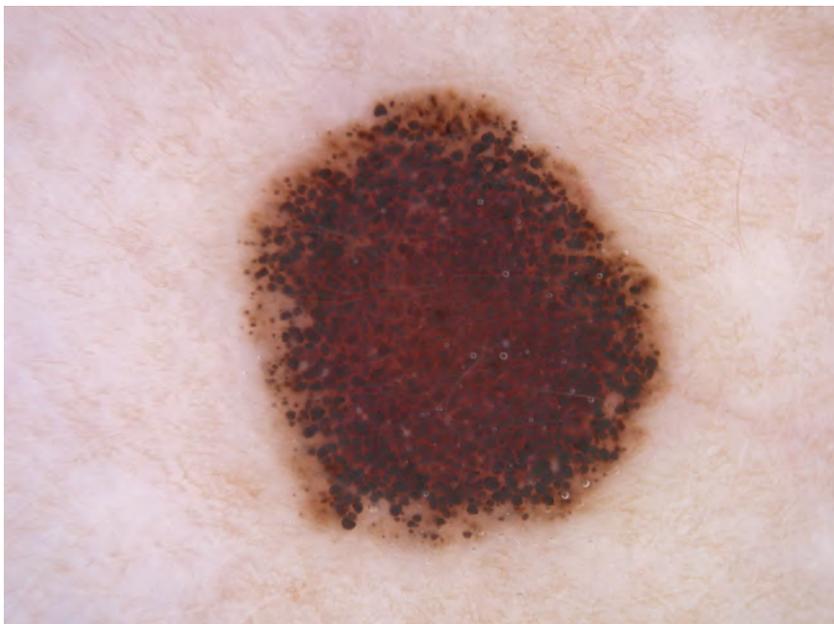


Fig. 3

Solution

Quel est votre diagnostic ?

Il s'agit d'un nævus (mélanocytaire) globulaire.

Quelle est votre proposition de prise en charge ?

Pas de nécessité de chirurgie.

Pas de nécessité de surveillance pour cette lésion en particulier (une surveillance pourrait être indiquée chez cette patiente si son examen clinique corps entier, que vous n'aurez pas manqué de faire, révélait d'autres lésions plus atypiques).

Autosurveillance et nouvelle consultation si apparition d'un changement ou d'une autre lésion cutanée.

Commentaires

Sur l'image dermoscopique (figure 4), on observe des globules bruns répartis de manière homogène sur toute la surface de la lésion (flèches grises). Il n'y a pas d'autre structure dermoscopique reconnaissable sur la surface de cette lésion, on dit que le patron est (exclusivement) globulaire. Les globules sont de couleur brun sombre (ils ne sont ni bleus, ni gris-bleu, ni rouges), ce qui est en accord avec le phototype IV de la patiente, leur couleur est homogène sur l'ensemble de la lésion même si celle-ci est plus sombre au centre, ce qui est habituel (flèche blanche). Les globules sont de taille variable (doubles flèches rouges). Leur forme est bien ronde. On observe des espaces clairs entre les globules (flèches jaunes) qui restent plus foncés que la peau environnante, qui ne doivent pas être confondus avec une « réticulation inversée » (cf. fiches suivantes).

Le patron globulaire est un patron bénin observé dans les nævus mélanocytaires bénins.

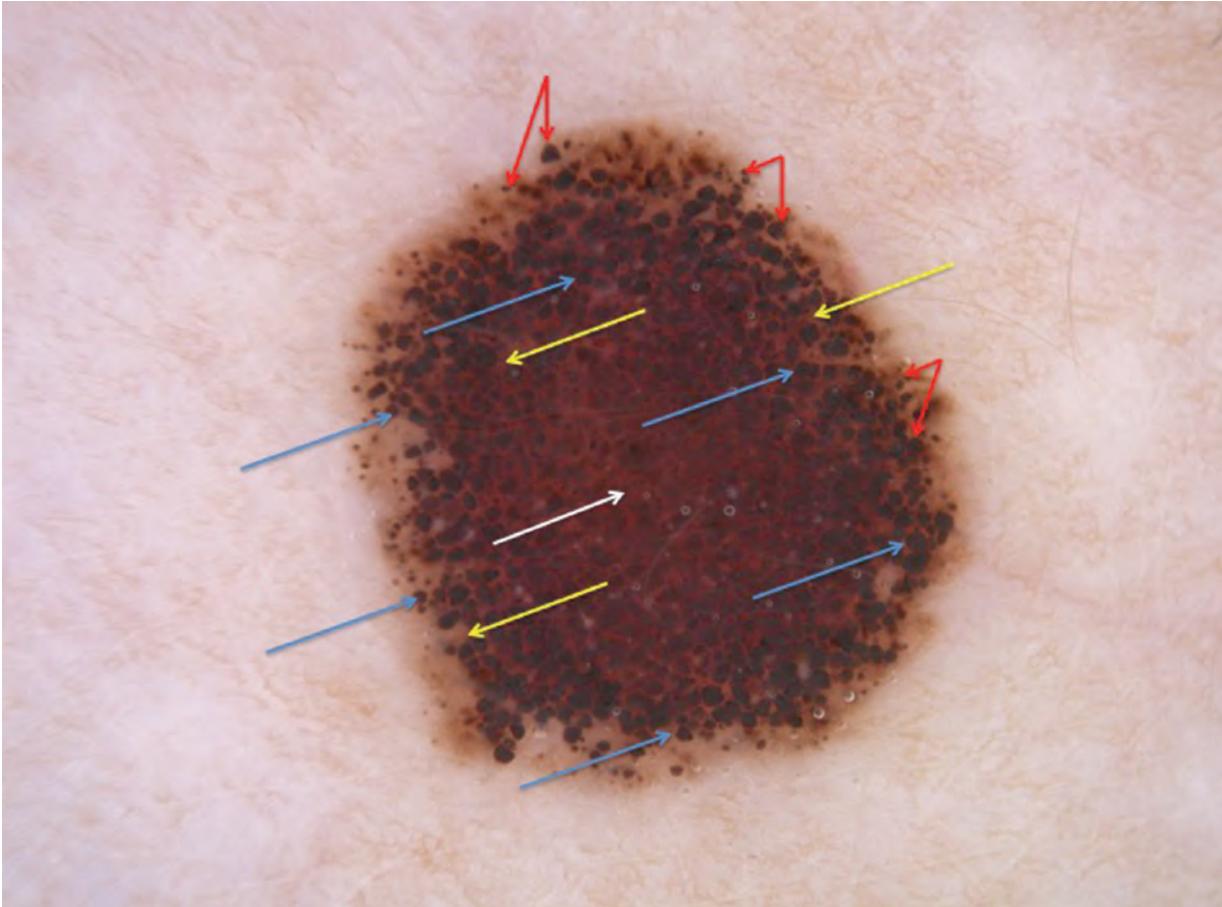


Fig. 4

Chapitre 1 : Le « patron globulaire » et « les globules bruns »

En dermoscopie, on appelle « **globule** » les formations arrondies, le terme « **point** » désigne des formations de plus petite taille, d'où leur description souvent regroupée : « **points et globules** ».

Seuls les « **globules bruns** » sont indicateurs d'une lésion mélanocytaire (figure 4, flèches grises et rouges). On peut observer des « **globules gris-bleu** » dans les carcinomes basocellulaires (figure 5) et des « **globules rouges** » dans diverses lésions achromiques (figure 6 : ici une disposition « en chaînette » des globules rouges observés dans un acanthome à cellules claires).

Lorsqu'une lésion est exclusivement constituée, au plan dermoscopique, de globules bruns, on dit que le patron global de la lésion est un « **patron globulaire** ».



Fig. 5

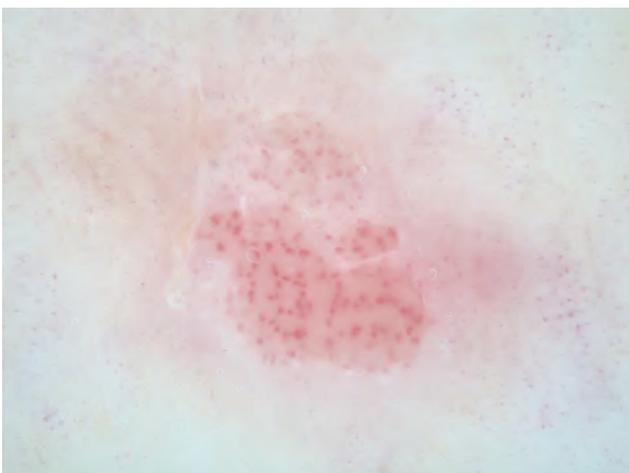


Fig. 6

Parfois les éléments sont quadrangulaires ou polygonaux et non arrondis mais leur agencement plutôt régulier reproduit celui du patron globulaire, on parle alors de « **patron pavimenteux** » qui a exactement la même valeur sémiologique (figure 7).

Les patrons globulaires et pavimenteux correspondent à des **nævus mélanocytaires bénins** et il est habituel de rencontrer des globules bien arrondis dans des lésions récentes ou chez des enfants alors que le patron pavimenteux est plus tardif. Chez les sujets âgés, les globules/pavés sont plus dissociés au sein d'une lésion moins dense, souvent en relief.

Les patrons globulaires et globules bruns n'ont de valeur sémiologique qu'en dehors des paumes-plantes, visage, muqueuses, cicatrices et ongles. Dans ces **topographies dites « spéciales »** l'anatomie différente est responsable d'une sémiologie dermoscopique différente qui ne peut être interprétée de la même façon. C'est en particulier le cas en région acrale comme présenté sur la figure 8 où l'on observe bien des globules, toutefois ce qui est important ici c'est la disposition de ces globules en double ligne le long des sillons des dermatoglyphes « **patron parallèle des sillons** ».

Les globules bruns peuvent n'être que l'un des constituants du patron dermoscopique d'une lésion pigmentée, on parle alors de « **patron globulo-réticulaire** » ou de « **patron globulaire et homogène** », à partir de trois composantes associées (par

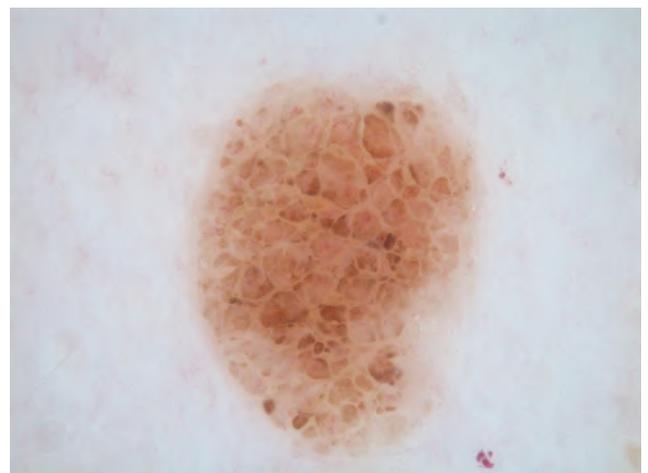


Fig. 7



Fig. 8

exemple globules + réseau + zones homogènes) on parle de « **patron multicomposé** » (cf. fiche de dermoscopie N° 3).

La **composante globulaire** de certains patrons bi- ou multicomposés doit être reconnue pour sa signification sémiologique :

- Une couronne de globules périphériques bien régulière et parfaitement circulaire autour d'une lésion par ailleurs réticulaire ou homogène (figure 9) signifie que la lésion est en croissance. Il s'agit d'un patron bénin mais instable qui ne se stabilisera que lorsque la croissance de la lésion sera terminée. Parfois les globules périphériques sont en connexion avec le réseau pigmentaire, on parle alors de pseudopodes dont la signification est similaire.
- *A contrario* une disposition asymétrique et irrégulière des globules périphériques est le signe d'une croissance asymétrique, comme on peut l'observer au cours de mélanomes (figure 10,



Fig. 9

illustrant un mélanome type SSM niveau II et 0,2 mm chez un homme de 32 ans).

Ainsi, et de manière plus générale, au cours du mélanome (et dans une moindre mesure dans les nævus dysplasiques), les globules bruns auront une **valeur sémiologique péjorative lorsque leur répartition est inhomogène sur la surface de lésion** et cela d'autant plus que leur position est plus périphérique (figures 10 et 11, illustrant un mélanome de type SSM niveau III et 0,30 mm chez une femme de 55 ans).

Les globules bruns correspondent histologiquement à des **thèques mélanocytaires** situées soit à la jonction dermo-épidermique, soit dans le derme papillaire. On comprend volontiers que leur répartition régulière sur toute la surface de la lésion soit en faveur d'un nævus jonctionnel ou dermique bénin (figure 12), que leur répartition périphérique en couronne régulière traduise une



Fig. 10



Fig. 11

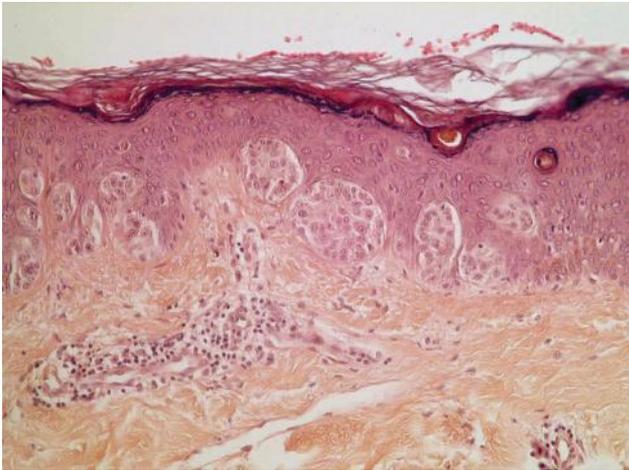


Fig. 12

lésion en croissance et que leur répartition anarchique et irrégulière soit en faveur d'un mélanome (figure 13).

Théoriquement il serait souhaitable de distinguer les globules bruns des « points noirs » qui correspondent à de la mélanine dans la couche cornée de l'épiderme (figure 14). C'est en particulier le cas quand on s'attache à établir des corrélations dermoscopico-pathologiques. Toutefois les points noirs (il n'existe pas de patron de points noirs, ils sont toujours associés à d'autres éléments sémiologiques) s'analysent dermoscopiquement exactement de la même façon que les globules bruns, à savoir : l'irrégularité de leur répartition, en particulier périphérique, est péjorative alors que leur régularité de disposition est favorable. La figure 15 illustre des points noirs très irréguliers dans leur répartition dans un mélanome de type SSM de niveau III et de 0,25 mm chez une femme

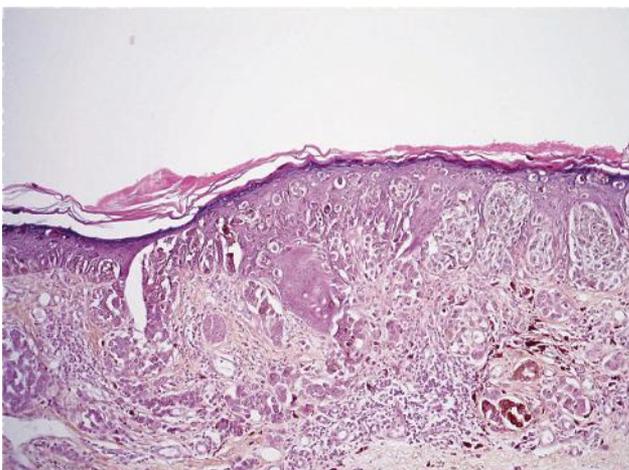


Fig. 13

de 39 ans. C'est la raison pour laquelle il est désormais habituel de parler de « **points et globules pigmentés** » de répartition régulière ou non.

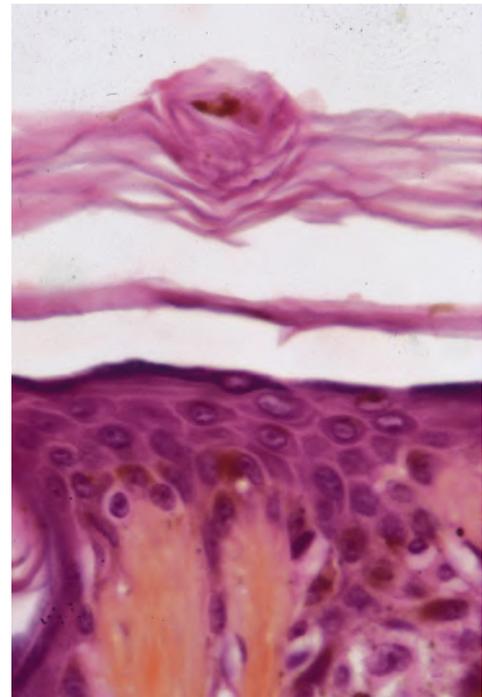


Fig. 14

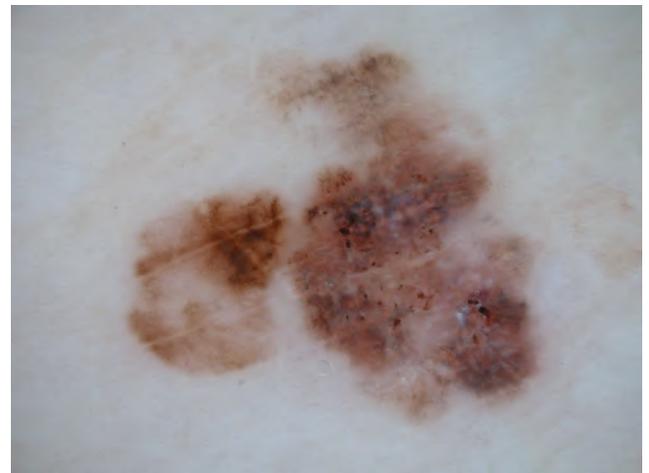


Fig. 15

- Le patron globulaire est un patron bénin.
- Les globules bruns peuvent être un élément sémiologique au sein d'un patron multicomposé qui peut être malin ou atypique.
- Les globules et points pigmentés ont, dans ce cas, une valeur sémiologique péjorative lorsque leur répartition est irrégulière sur la surface de la lésion d'autant plus qu'elle est périphérique.

Fiche de dermoscopie N° 2

Cas clinique

Il s'agit d'une femme de 38 ans, de phototype IIIb avec une moyenne aptitude au bronzage. Elle est porteuse depuis l'enfance d'une nævomatose pigmentaire profuse avec plus de 50 nævus répartis sur le tronc et les membres, n'a pas vécu outre-mer ni fait d'UV artificiels, son activité professionnelle est à 100 % intérieure, ses loisirs ensoleillés sont modérés, elle se protège bien du soleil. Elle ne prend aucun traitement, n'a aucun antécédent médical ou chirurgical, trois grossesses et accouchements normaux il y a 14, 12 et 6 ans. L'anamnèse familiale ne retrouve aucuns antécédents cancérologiques ni cutanés ni viscéraux.

Elle est adressée par son médecin traitant pour une lésion pigmentée « plus foncée que les autres » membres inférieurs droits (figure 1).



Fig. 1

L'ancienneté de la lésion (figure 2) ne peut pas être déterminée par l'interrogatoire, cette patiente est régulièrement surveillée par un autre dermatologue pour ses nævus pigmentaires, mais rien n'avait été signalé lors du précédent examen il y a 1 an, l'interrogatoire ne peut préciser non plus si la lésion s'est modifiée récemment. L'attention de la patiente a récemment été attirée par le fait que la lésion était plus foncée que ses autres nævus (figures 1 et 2).

L'examen dermoscopique (immersion + polarisation) est présenté sur la figure 3.

Quel est votre diagnostic ?

Quelle est votre proposition de prise en charge ?



Fig. 2

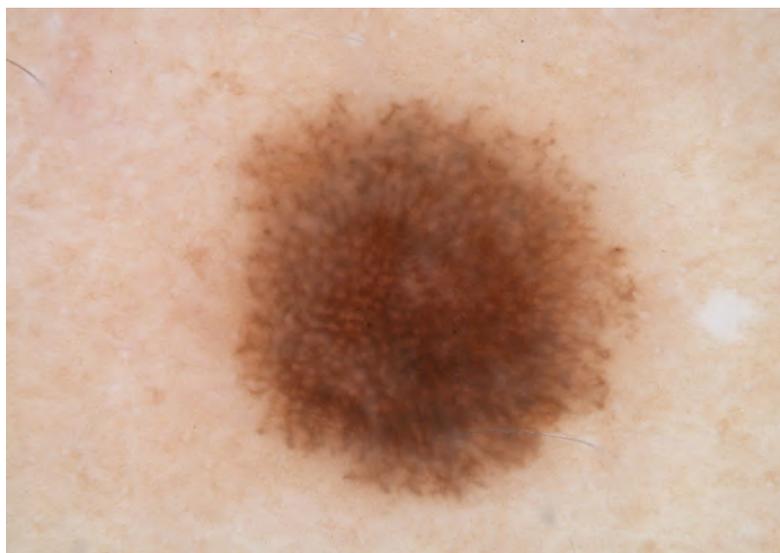


Fig. 3

Solution

Quel est votre diagnostic ?

Il s'agit d'un nævus (mélanocytaire) réticulaire.

Quelle est votre proposition de prise en charge ?

Pas de nécessité de chirurgie.

Une surveillance pour cette lésion en particulier est toutefois indiquée puisqu'il s'agit d'une lésion réticulaire de découverte récente (une surveillance est par ailleurs indiquée chez cette patiente du fait de sa nævomatose profuse). On propose un nouvel examen à M3 puis à M12 puis une fois par an.

Grâce aux photos dermoscopiques et cliniques incluses dans son dossier médical, la surveillance sera facilitée. La réalisation d'un enregistrement dermoscopique digital corps entier pourrait être proposée en fonction des caractéristiques des autres lésions de la patiente, mais elle ne s'impose pas sur la base de l'examen de cette lésion en particulier.

Commentaires

Sur l'image dermoscopique (figure 4) on observe une pigmentation réticulée couvrant la totalité de la surface de la lésion (flèches et surlignement gris). Il n'y a pas d'autre structure dermoscopique reconnaissable sur la surface de cette lésion, on dit que le patron est (exclusivement) réticulaire. Le réseau est en « nid d'abeilles » avec des structures polygonales de couleur brun sombre légèrement plus foncé au centre (flèche jaune) et plus clair en périphérie où la réticulation s'estompe progressivement sur les bords de manière presque circonférentielle et symétrique (flèches rouges) avec toutefois un arrêt un peu plus abrupt sur quelques zones (flèches vertes).

Le réseau quant à lui est régulier dans sa couleur, son épaisseur, la taille des mailles et des entre-mailles sur toute la surface de la lésion.

Le patron réticulaire est un patron bénin dans l'immense majorité des cas observé dans les nævus mélanocytaires bénins. Il est toutefois très rarement le tout premier signe d'un mélanome *in situ* à un stade hyperprécoce et bien sûr non reconnaissable en dermoscopie à ce stade, c'est la raison pour laquelle une surveillance de principe des lésions réticulées récentes ou d'ancienneté inconnue peut être justifiée.

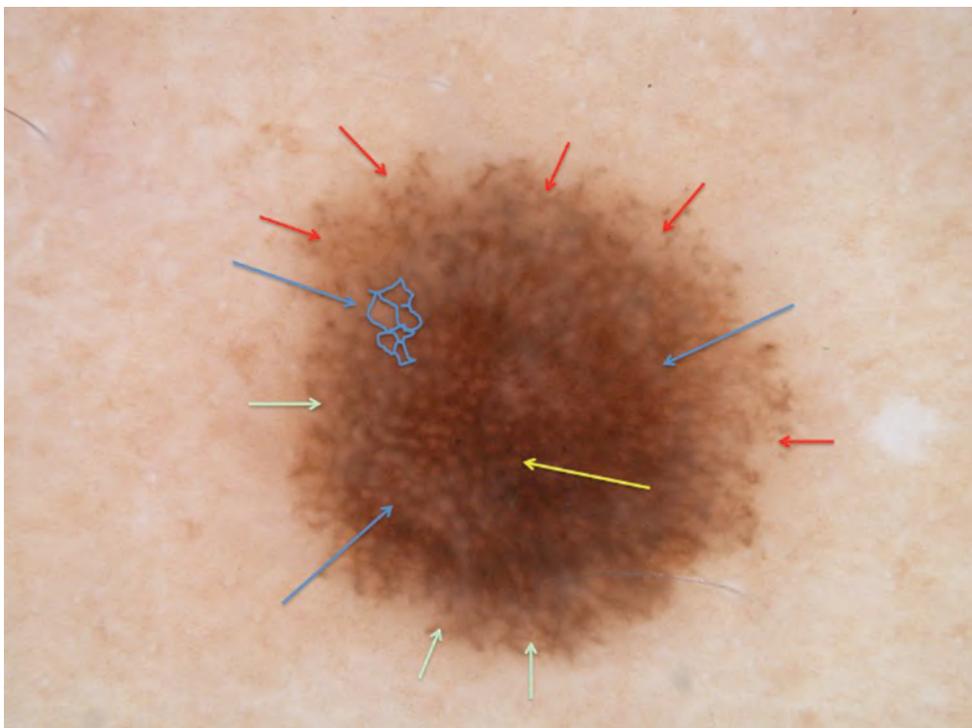


Fig. 4

Chapitre 2 : Le « patron réticulaire » et « le réseau pigmenté »

En dermoscopie on appelle « **réseau pigmenté** » une structure brun clair brun foncé ou noire dessinant une réticulation à mailles polygonales « en nid d'abeilles » (figure 5). La présence de ce réseau pigmenté n'est pas observée sur le visage ou sur les extrémités et, en dehors de ces topographies, il constitue un élément en faveur du diagnostic d'une lésion mélanocytaire bénigne ou maligne, d'un dermatofibrome (où on le trouve alors le plus souvent en périphérie de la lésion [figure 6, flèches jaunes] autour d'une zone de dépigmentation pseudo-cicatricielle [figure 6, flèches grises]) ou d'un mamelon surnuméraire (où on le trouve alors, de manière bien symétrique, en périphérie de la lésion autour d'une zone généralement hypopigmentée sans structure, papuleuse à l'examen clinique [figure 7]).

Le réseau pigmentaire est observé dans les lésions mélanocytaires jonctionnelles puisqu'il correspond à la projection optique bidimensionnelle sur le plan horizontal parallèle à la surface de la peau de la répartition tridimensionnelle du pigment dans l'assise basale de l'épiderme dont on connaît le « festonnement » alternant des zones horizontales peu pigmentées (les entre-mailles) et les zones verticales (les mailles).

Lorsque la lésion est dermoscopiquement exclusivement constituée d'un réseau pigmenté on parle de « **patron réticulaire** » (figures 3, 4, 5, 8, 13 et 14).

Le patron réticulaire est le plus souvent bénin, en particulier lorsque le réseau est homogène dans sa couleur, son épaisseur, la taille de ses mailles

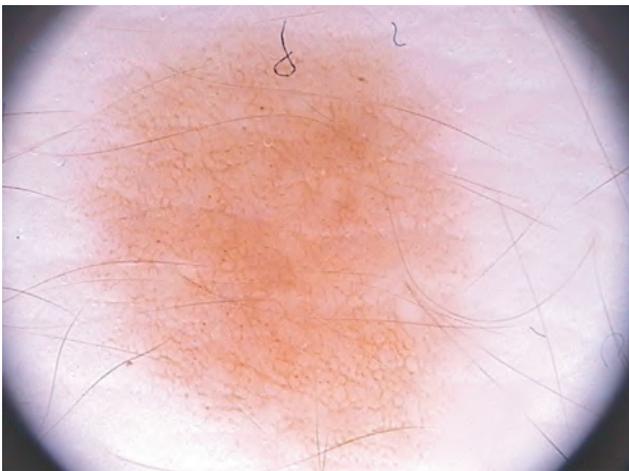


Fig. 5



Fig. 7



Fig. 6

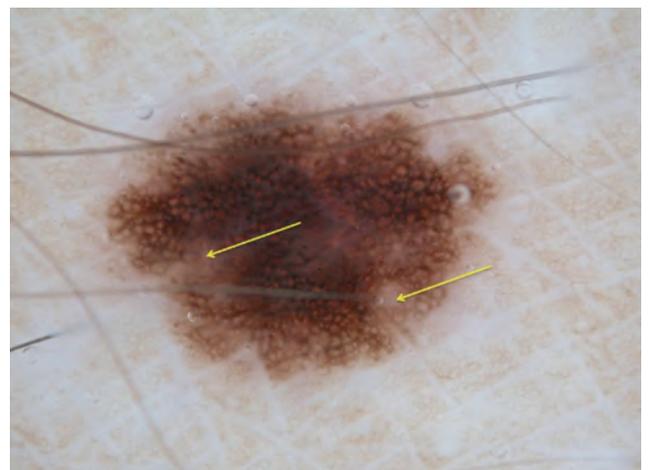


Fig. 8