

FICHE PRATIQUE

Dermoscopie

Fiche de dermoscopie n°2

Cas clinique

Il s'agit d'une femme de 38 ans, de phototype IIIb avec une aptitude au bronzage moyenne. Elle est porteuse depuis l'enfance d'une nævomatose pigmentaire profuse avec plus de 50 nævus répartis sur le tronc et les membres. Elle 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. La patiente ne prend aucun traitement, n'a aucun antécédent médical ou chirurgical, et a eu trois grossesses et accouchements normaux il y a 14, 12 et 6 ans. L'anamnèse familiale ne retrouve aucun antécédent cancérologique, ni cutané ni viscéral.

Elle est adressée par son médecin traitant pour une lésion pigmentée "plus foncée que les autres" au membre inférieur droit (*fig. 1*).

L'ancienneté de la lésion (*fig. 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 pas 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 (*fig. 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. 1.



FIG. 2.

FIG. 3.



FICHE PRATIQUE

Dermoscopie

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 (*fig. 4*), on observe une pigmentation réticulée couvrant la totalité de la surface de la lésion (**flèches et surlignement bleus**). Il n'y pas d'autre structure dermoscopique

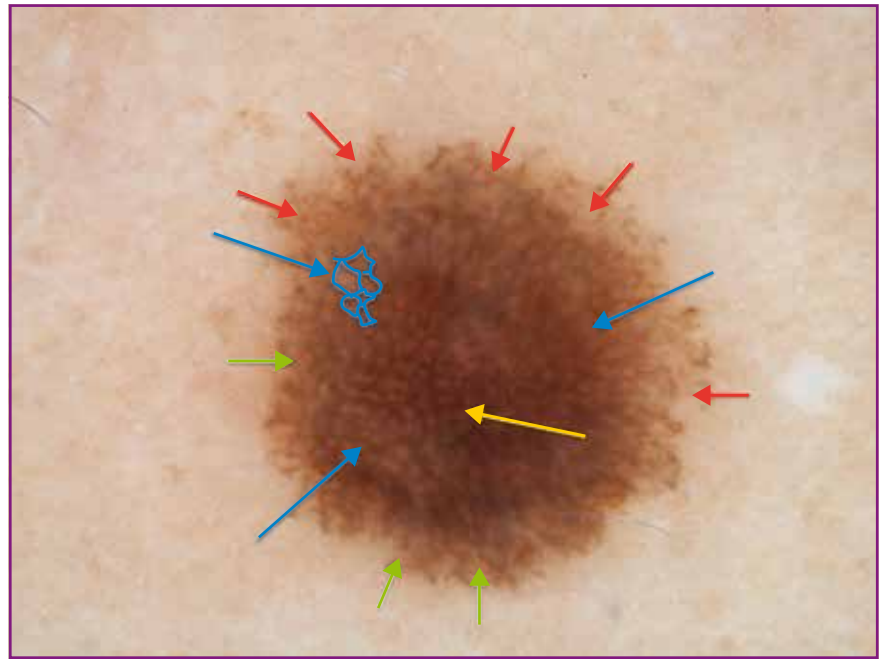


FIG. 4.

reconnaisable 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 circconférentielle 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 entremailles sur toute la surface de la lésion.

Le patron réticulaire est un patron bénin dans l'immense majorité des cas observés dans les nævus mélanocytaires bénins. Il est, très rarement toutefois, le tout premier signe d'un mélanome *in situ* à un stade hyper précoce 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.

Le patron réticulaire

→ L. THOMAS

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

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” (**fig. 5**). La présence de ce réseau pigmenté n’est pas observée sur le visage ni 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 (**fig. 6, flèches jaunes**) autour d’une zone de dépigmentation pseudo-cicatricielle (**fig. 6, flèche grise**) – 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 (**fig. 7**).



FIG. 5.

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



FIG. 6.



FIG. 7.



FIG. 8.

l’épiderme dont on connaît le “festonnement” alternant des zones horizontales peu pigmentées (les entremailles) et des zones verticales (les mailles).

Lorsque, dermoscopiquement, la lésion est exclusivement constituée d’un réseau pigmenté, on parle de patron réticulaire (**fig. 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 et de ses entremailles (**fig. 3, 4, 5 et 8**) et lorsqu’il est stable dans le temps, comme on peut par exemple l’observer en dermoscopie numérique (**fig. 9**).

L’intensité de sa couleur n’a pas de valeur sémiologique si celle-ci est homogène, comme on le voit par exemple dans les *ink spot lentigos* très sombres et pourtant bénins (**fig. 10**). La présence de trous dans la réticulation est habituelle et correspond à des orifices pilaires (**fig. 8, flèches jaunes**).

Les nævus réticulaires (il est impropre de parler cliniquement de “nævus jonctionnels”, la dermoscopie n’étant pas une méthode histopathologique) sont le plus souvent acquis à partir de la puberté jusque vers l’âge de 50 ans. Il est inhabituel, et même parfois suspect, de les voir apparaître après l’âge de 60 ans.

Le plus souvent, les nævus réticulaires s’effacent progressivement (sans passer, comme les nævus globulaires régressifs, par un phénomène de Sutton) chez les adultes (**fig. 11**) et très peu (sinon aucun) sont observés chez les personnes âgées.

Toutefois, le patron réticulaire peut être malin lorsque le réseau est irrégulier

FICHE PRATIQUE

Dermoscopie

dans sa couleur, son épaisseur, la taille des ses mailles ou de ses entremailles (**fig. 12**). L'interruption brutale de la réticulation en périphérie a une valeur péjorative moindre; elle n'est vraiment pertinente que lorsque le phénomène n'est pas totalement circonférentiel

car, dans ce cas, il s'agit du "patron étoilé" (*cf. fiche de dermoscopie n° 4 à paraître*). De même, la présence de **stries ramifiées** (**fig. 13, flèches jaunes**), qui correspondent à un réseau remanié avec disparition de certaines mailles, a peu de valeur sémiologique car elles sont

observées dans les lésions remaniées malignes (mélanomes avancés) mais aussi bénignes (naevus réticulaires en cours d'effacement progressif).

Un autre critère de malignité d'un patron exclusivement réticulaire est son carac-

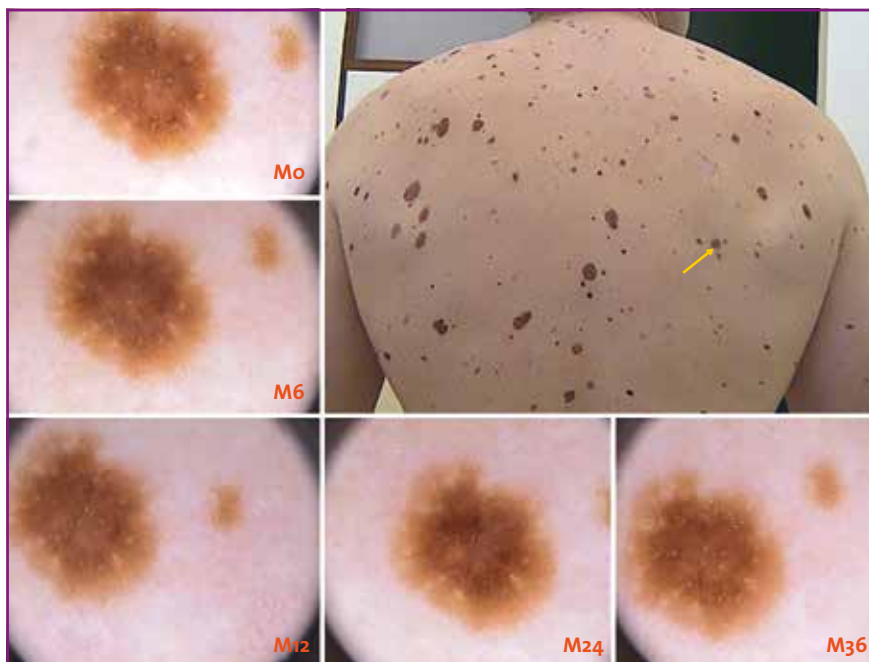


FIG. 9.

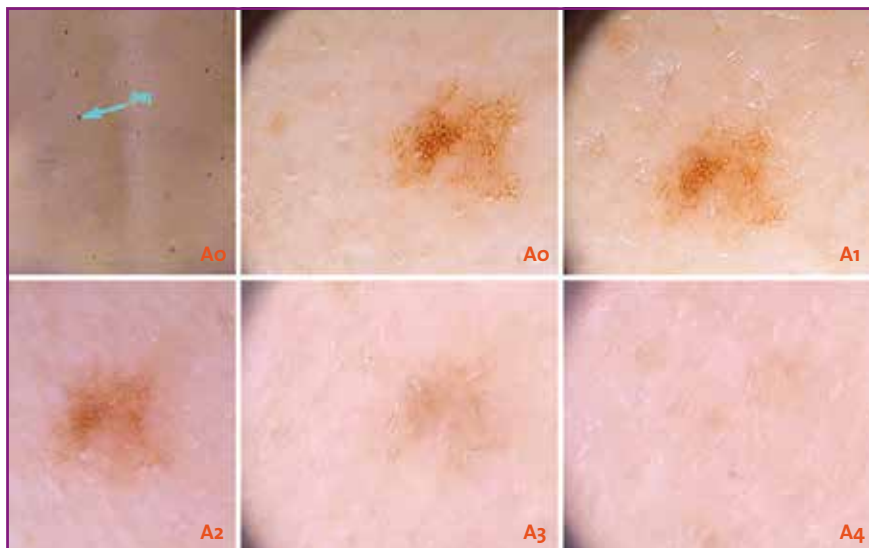


FIG. 11.



FIG. 10.



FIG. 12.

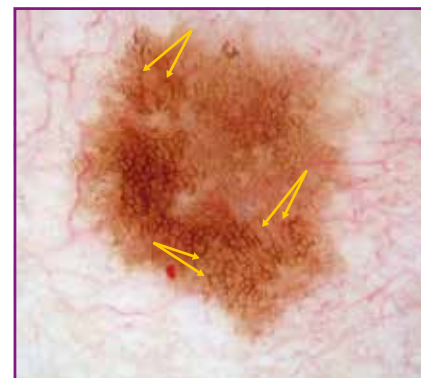


FIG. 13.

POINTS FORTS

- ⇒ Le patron réticulaire est un patron le plus souvent bénin, observé dans les nævus acquis.
- ⇒ Le patron réticulaire bénin est régulier et stable dans le temps.
- ⇒ Certaines lésions exclusivement réticulaires peuvent être malignes, dans ce cas leur réticulation est irrégulière et/ou elle se modifie dans le temps.
- ⇒ Le réseau pigmenté peut être un élément sémiologique au sein d'un patron multicomposé qui peut être malin ou atypique d'autant plus s'il est irrégulier ou disposé de manière asymétrique avec les autres éléments sémiologiques dermoscopiques.
- ⇒ La peau du visage provoque une réticulation de nombreux processus pigmentés, toutefois celle-ci a des mailles arrondies et régulièrement espacées qui sont centrées par un orifice pilosébacé.
- ⇒ On retrouve également une réticulation dans les kératoses séborrhéiques, cependant celle-ci a le plus souvent des mailles arrondies et irrégulièrement épaisses et espacées.
- ⇒ Un grand nombre de dermatofibromes ont une couronne réticulée en périphérie mais leur centre est en général le siège d'une dépigmentation pseudo-cicatricielle.

tère évolutif en dermoscopie numérique (cf. fiches "Dermoscopie numérique" à paraître) lorsque, pour des raisons de risque génétique élevé, le patient a fait l'objet d'un enregistrement de très nombreuses lésions initialement non ou peu suspectes (fig. 14).

La réticulation peut n'être observée que dans une partie seulement de la lésion : on parle alors de patron dermoscopique multicomposé, dont le caractère malin est d'autant plus vraisemblable que les éléments dermoscopiques mélangés sont nombreux et que leur disposition est asymétrique (cf. fiche de dermoscopie n° 3 à paraître). Les caractéristiques du réseau lui-même – et en particulier sa régularité au sein d'une lésion à patron multicomposé – pèsent également dans le diagnostic de malignité, comme on le voit sur la figure 15. En revanche, l'association symétrique d'une zone réticulaire et d'une zone sans structure ou globulaire constitue un patron bicomposé bénin (fig. 16).

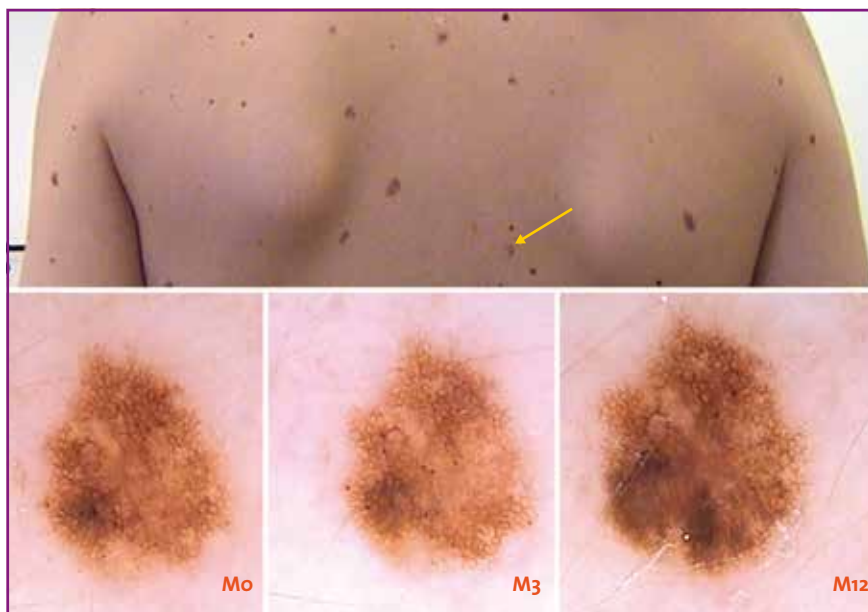


FIG. 14.

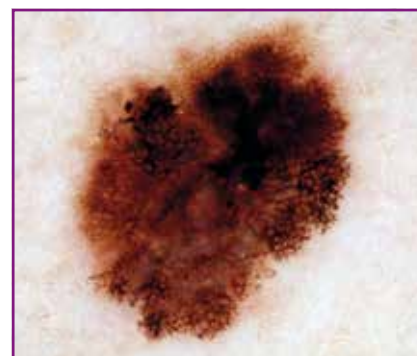


FIG. 15.



FIG. 16.

FICHE PRATIQUE

Dermoscopie

Dans certaines topographies ou sur certaines lésions, on observe aussi une réticulation. Cependant, celle-ci a le plus souvent des caractéristiques différentes (certains auteurs parlent alors de “pseudo-réseau”, mais il me semble sémantiquement préférable de définir ces réticulations par leurs caractéristiques géométriques pour plus de clarté):

>>> **Les kératoses séborrhéiques** peuvent présenter des aires de réticulation. Toutefois, dans la majorité des cas, les mailles sont plutôt arrondies et d'épaisseur variable (**fig. 17**), et on trouve dans d'autres zones de la lésion des critères sémiologiques évocateurs comme une bordure nette et polycyclique (on dit “mordillée”), des ouvertures pseudo-comédoniennes, des kystes de milium ou une structure cérébriforme. Il existe néanmoins des cas très difficiles de kératose séborrhéique réticulaire pour lesquels parfois seul l'examen histopathologique va permettre de trancher (**fig. 18**).

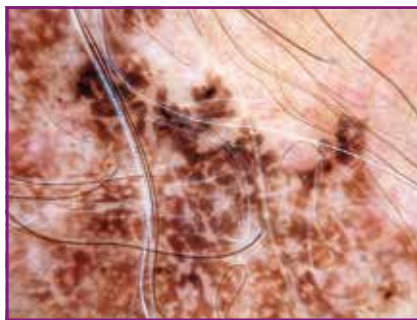


FIG. 17.

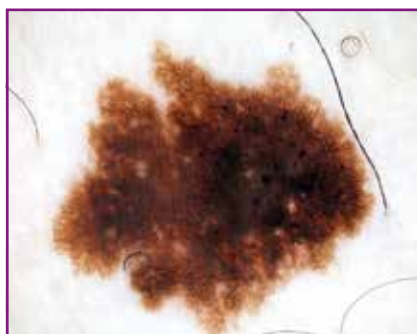


FIG. 18.



FIG. 19.

>>> **Sur le visage**, les annexes pilosébacées interrompent la plupart des processus pigmentés, créant une réticulation à mailles arrondies et à entremailles larges et régulièrement espacées, centrées par l'orifice folliculaire (**fig. 19**). C'est l'analyse sémiologique des mailles et de leurs rapports anatomiques avec l'orifice pilosébacé qui permettra alors d'établir un diagnostic (*cf. fiches “Dermoscopie topographique : visage” à paraître*).

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

FotoFinder[®]
La référence mondiale en imagerie cutanée.

www.fotofinder.fr

