

Fiche pratique

Fiche de dermoscopie n° 6

Cas clinique

Il s'agit d'un homme de 85 ans, de phototype IIIb avec une aptitude moyenne au bronzage. Il n'a pas d'antécédent dermatologique personnel, n'a pas vécu outre-mer ni été exposé aux UV artificiels. En revanche, il a pratiqué de façon importante diverses activités extérieures sans protection (jardinage, chasse, pêche) pendant toute sa vie.

Il ne reçoit qu'un traitement par bêta-bloqueur inchangé depuis 8 ans pour une hypertension artérielle désormais bien équilibrée et n'a pas d'autre antécédent médical ou chirurgical significatif. L'anamnèse familiale ne retrouve aucun antécédent carcinologique cutané ou extra-cutané.

Il consulte (un peu "poussé" par ses enfants) pour une lésion en relief du nez présente depuis au moins 2 ans, indolore et peu gênante mais qui a saigné une fois après un traumatisme mineur il y a 6 mois. Cette lésion n'a jamais été pigmentée, elle grossit très lentement (**fig. 1**).

Le reste de l'examen cutané retrouve quelques kératoses actiniques du visage et du dos des mains et quelques kératoses séborrhéiques du tronc anciennes et qui ne le gênent pas.

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'un carcinome basocellulaire typique.

Quelle est votre proposition de prise en charge ?

Le diagnostic clinico-dermoscopique de carcinome basocellulaire est suffisamment assuré pour permettre un traitement chirurgical avec marges appropriées sans contrôle histologique préalable en l'absence, bien sûr, de comorbidité significative ou d'opposition du patient.

Toutefois, comme c'est habituel, les alternatives à la chirurgie devront être discutées pour être probablement récusées dans cette topographie peu compatible avec une autre approche. Une biopsie préalable serait probablement décidée dans d'autres pays, elle aurait pour avantage de caractériser histologiquement le type de carcinome.

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 carcinome basocellulaire :

- Des structures (ou "nids") ovoïdes gris bleuté (**flèches bleues**).

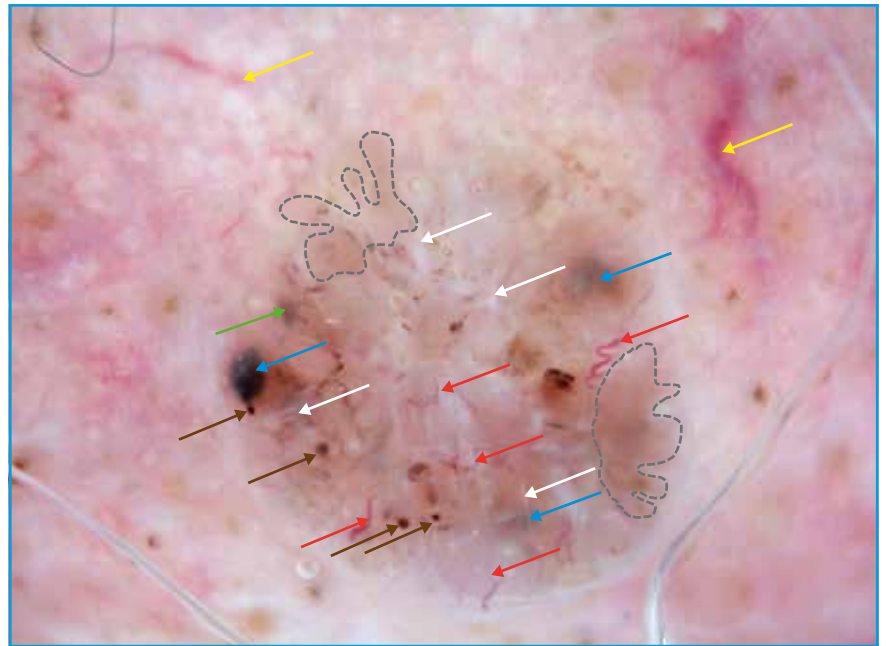


Fig. 3.

- Des globules bruns, moins caractéristiques, ou gris bleuté, plus évocateurs, jamais agrégés en bouquets, mais plutôt isolés les un des autres (**flèches brunes**).

- Des structures digitées (encore dites "foliacées", voire en "feuille d'érable" pour certains auteurs très imaginatifs) gris-brun (**soulignées par les traits pointillés gris**).

- Des vaisseaux dont les contours sont très nettement dessinés, prenant parfois une forme arborescente (**flèches rouges**), et qui contrastent avec les vaisseaux à contour flou de la peau saine avoisinante (**flèches jaunes**).

- Des structures linéaires blanches brillantes qui ne sont visibles qu'en lumière polarisée et qui sont parfois également dénommées "chrysalides" (**flèches blanches**).

- Une structure composée d'une zone ovoïde gris bleuté avec, sur sa circonférence, des projections plus linéaires, radiaires, appelées "image en route dentée" (**flèche verte**).

L'ensemble est désordonné sur le plan architectural, sans symétrie de contenu (présence de "chaos" architectural en faveur d'une lésion maligne).

Le diagnostic dermoscopique du carcinome basocellulaire

L. THOMAS

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

En dermoscopie, il est dangereux d'utiliser des termes anatomopathologiques car les correspondances anatomocliniques ne sont pas parfaites. Mais le carcinome basocellulaire fait exception tant son diagnostic dermoscopique est habituellement facile, à tel point qu'il est celui que les étudiants assimilent le plus vite au cours de leur apprentissage et que le diagnostic préthérapeutique est tellement fiable que la solution de traitement, même non chirurgicale et sans contrôle histopathologique, peut être entreprise dès lors que le tableau est évocateur et sans ambiguïté. Il est toutefois fortement conseillé, dans ces cas non vérifiés histologiquement, de systématiquement photographier la lésion et d'en conserver les clichés dans le dossier du patient à titre de preuve diagnostique.

Des cas difficiles existent cependant et nous les décrirons à la fin de cette revue.

Les critères dermoscopiques du carcinome basocellulaire

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 carcinome basocellulaire. L'absence de réticulation (*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 le carcinome basocellulaire, en particulier lorsqu'il est peu pigmenté, le fond de la lésion est constitué par une coloration rose pâle légèrement opalescente assez homogène à bords mal définis. S'y surajoutent quelques éléments sémiologiques (très) évocateurs, souvent associés les un aux autres de manière asymétrique (ou "chaotique").

1. Les nids ovoïdes gris bleuté

Il s'agit de structures ovales ou rondes, de taille variable, plutôt symétriques, de couleur relativement homogène mais variant d'une structure à l'autre au sein de la même lésion et à bords flous (*fig. 4*). Ces structures correspondent aux massifs carcinomateux les plus volumineux lorsqu'ils sont surchargés de pigment mélanique. Leur couleur bleue s'explique par leur profondeur (effet Tyndall, *cf. fiche n° 5*) de même que leurs bords flous car, en dermoscopie, plus une structure est superficielle, plus ses bords seront nets. Ces structures gris bleuté peuvent être présentes, comme dans le cas clinique exposé en

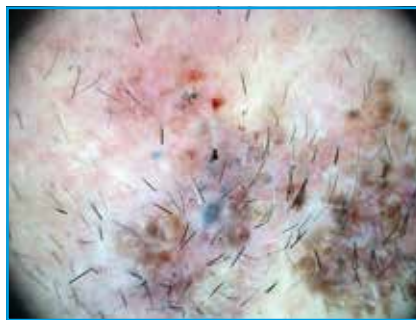


Fig. 4.

introduction (*fig. 1 à 3*), alors même que la lésion est cliniquement achromique. À l'inverse, lors d'un carcinome très fortement pigmenté, le tableau sémiologique peut se résumer à la présence de ces structures (*fig. 5*), rendant alors le diagnostic différentiel avec une lésion mélanocytaire nodulaire ou homogène bien plus difficile.

2. Les globules isolés gris bleuté ou bruns

Ces structures sont plus petites que les précédentes. Elles sont très évocatrices lorsque leur couleur est gris bleuté mais plus difficiles lorsqu'elles sont brunes. Dans ce cas, seul le caractère isolé de ces structures les distingue des globules bruns agrégés des tumeurs mélanocytaires (*fiche n° 2*). Leur correspondant histopathologique est le petit nodule basaloïde pigmenté relativement superficiel, ce qui n'est finalement rien d'autre que la structure précédente en plus petit. Il y a donc un *continuum* en globules et structures ovoïdes gris bleuté (*fig. 6* présentant des nids ovoïdes gris bleuté, des globules gris bleuté et des globules bruns non agrégés).



Fig. 5.

Fiche pratique

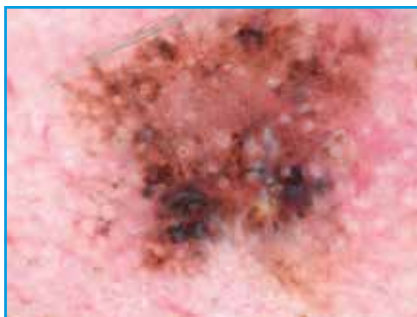


Fig. 6.

3. Les structures digitées

Ces structures ont initialement été décrites sous le nom de “feuille d’érable” mais il faut bien reconnaître que la ressemblance avec le drapeau canadien est bien rarement trouvée (*fig. 7, encadré jaune*). Dans la majorité des cas, ces structures plus ou moins sombres ont des bords flous, une couleur gris-brun et un fond opalescent parfois un peu bleuté avec des digitations arrondies sur les bords (*fig. 3 : surlignage pointillé gris ; fig. 8 avec des structures digitées de différentes teintes : flèches grises*).



Fig. 8.

Histologiquement, il s’agit toujours de massifs basaloïdes mais de pigmentation moindre d’où, ici encore, un spectre sémiologique entre nids ovoïdes gris bleuté et structures digitées (*fig. 4- 6 et 8*).

4. Les structures en “roue dentée”

Elles dessinent des roues d’engrenage et correspondent à un nid ovoïde gris bleuté central entouré des digitations radiales assez filiformes (*fig. 9*). Dans certains cas très fortement pigmentés (sujets de phototype foncé), ces digitations radiales, lorsqu’elles sont nombreuses (*fig. 10*),

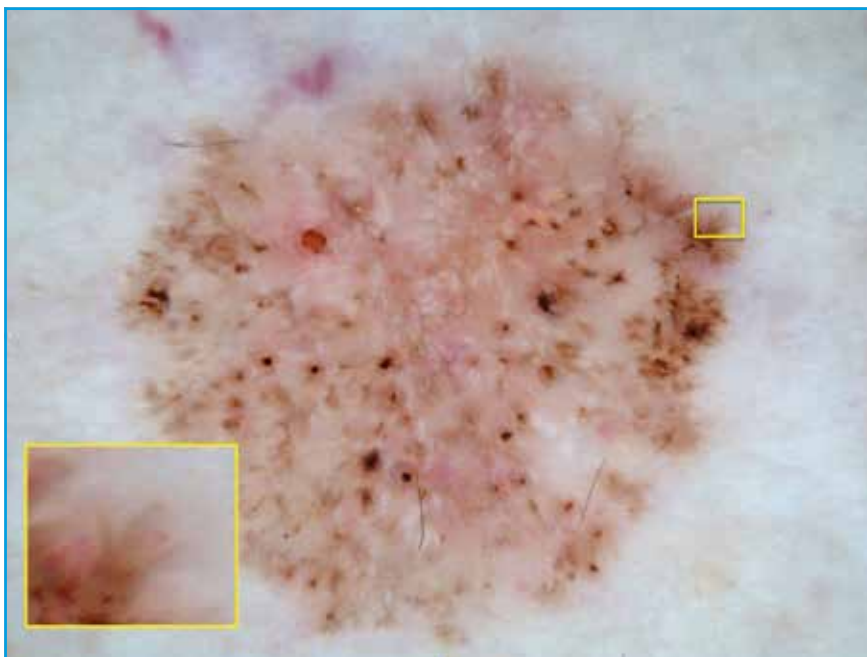


Fig. 7.



Fig. 9.



Fig. 10.

peuvent faire confondre avec un patron pigmentaire étoilé (cf. *fiche n° 4*).

5. Les télangiectasies

Les télangiectasies du carcinome basocellulaire sont volontiers arborescentes mais, surtout, leurs contours sont très nets et contrastent avec les vaisseaux avoisinant la lésion (*fig. 11*). Ces vaisseaux correspondent aux plexus horizontaux normaux sous-papillaires repoussés vers le haut par la tumeur sous-jacente. Ce patron vasculaire n'est donc pas spécifique et s'observera dans



Fig. 11.



Fig. 12.



Fig. 13.

toutes les tumeurs ou pseudo-tumeurs dermiques (kyste épidermoïde, cicatrice hypertrophique, hyperplasie sébacée, *dermatofibrosarcoma protuberans*, carcinome neuro-endocrine, etc.) soulevant les plexus sous-papillaires.

6. Les ulcérations

Toutes les tumeurs malignes peuvent s'ulcérer, aussi l'ulcération d'une lésion en relief n'a que peu de valeur sémiologique. En revanche, les carcinomes basocellulaires sont volontiers précocement ulcérés si bien que la présence d'une ulcération, voire de micro-ulcérations multiples, sur une lésion maculeuse est un signe indirect évocateur sans être spécifique. Les ulcérations se caractérisent en dermoscopie par leurs contours nets et leur contenu orangé, rouge ou brun (*fig. 12, mais aussi 4, 7, 8 et 11*).

7. Les lignes blanches brillantes

Appelées aussi parfois "chrysalides", ces structures linéaires blanches, plus claires que la peau avoisinante, ne se

POINTS FORTS

- Dans la majorité des cas, le diagnostic dermoscopique du carcinome basocellulaire est facile et repose sur l'absence de signe mélanocytaire (réseau, globules bruns agrégés, stries) et sur la présence d'éléments sémiologiques évocateurs :
 - structures ovoïdes gris bleuté ;
 - globules non agrégés gris bleuté ou bruns ;
 - structures digitées ;
 - structures en roue dentée.
- Des signes non spécifiques sont également évocateurs :
 - télangiectasies nettes et souvent arborescentes ;
 - ulcérations précoces et parfois multiples sur une lésion plane ;
 - lignes blanches brillantes.
- La dermoscopie est très utile en préopératoire dans le carcinome basocellulaire.
- Le diagnostic du carcinome sclérodermiforme ou du carcinome basocellulaire récidivant reste difficile et la dermoscopie ne permet jamais d'en éliminer l'hypothèse.

voient qu'en lumière polarisée (*fig. 13*). Elles correspondent à la fibrose dermique de la stroma-réaction tumorale. Elles ne sont donc pas spécifiques et s'observeront aussi dans les tumeurs remaniées par la réponse immune de l'hôte, y compris dans le mélanome (*cf. fiche n° 3*), et dans les processus cicatriciels inflammatoires.

8. Autres éléments sémiologiques

Une granulation grisâtre ("peppering" ou en grains de poivre) correspondant à des mélanophages peut être observée, ce signe n'est absolument pas spécifique.

L'usage de la dermoscopie en préopératoire en dermatologie chirurgicale du carcinome basocellulaire

La spécificité de l'exercice dermatologique est l'intégration de la pratique chirurgicale dans la démarche diagnostique et thérapeutique, en faisant une discipline clairement médico-

Fiche pratique

chirurgicale. Le dermoscope doit donc accompagner le dermatologue en salle interventionnelle !

1. Les lésions multiples

En cas de lésions multiples pour des raisons génétiques (syndrome de

Gorlin-Goltz) ou environnementales (radiothérapie), la dermoscopie permet de réaliser des traitements destructeurs sans contrôle histologique sur la foi d'une sémiologie caractéristique. Dans ces cas, la photographie constitue un moyen prudent de documenter les lésions traitées (**fig. 14**).

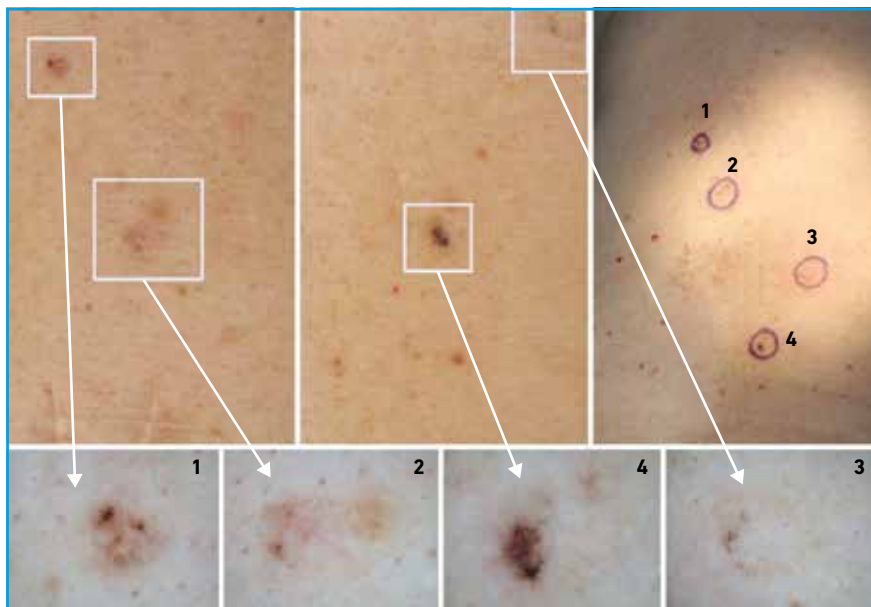


Fig. 14.



Fig. 15.

2. La détermination des limites chirurgicales

À côté de l'inspection, de la palpation et du *stretch test* (étirement de la lésion entre deux doigts permettant de mieux voir la zone vasculaire fonctionnellement anormale qui correspond à l'emprise de la lésion), la dermoscopie participe à la "lecture chirurgicale" d'une tumeur et singulièrement celle d'un carcinome basocellulaire, permettant de mieux appréhender les limites de la lésion. Les appareils de dermoscopie à lumière polarisée sans contact permettent un marquage sous l'instrument des limites observées (**fig. 15**).

Les situations difficiles

1. Les collisions pathologiques

Il n'est pas rare que le carcinome basocellulaire soit observé en combinaison avec une autre lésion cutanée, soit pour des raisons physiopathologiques comme dans le nævus (hamartome) sébacé de

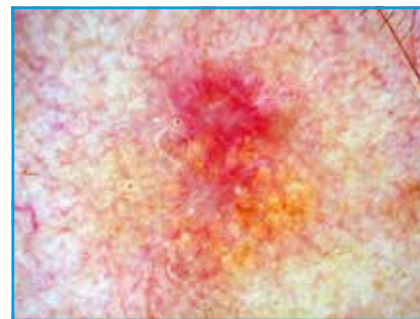


Fig. 16.

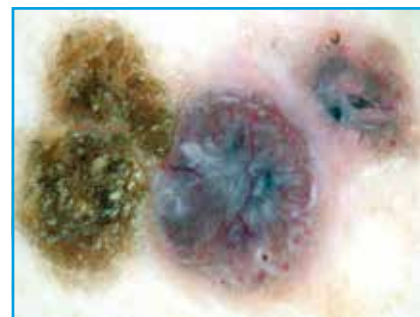


Fig. 17.

Jadassohn (*fig. 16*), soit par collision pure entre lésions indépendantes. Dans ce dernier cas, la démarche diagnostique aura pour but d'identifier les différentes composantes (*fig. 17*: carcinome basocellulaire et kératose séborrhéique).

2. Le syndrome de Gorlin-Goltz

Il ne constitue pas une difficulté diagnostique dermoscopique à proprement parler car l'aspect des nævus (hamartomes) basocellulaires du syndrome de Gorlin-Goltz est tout à fait superposable à celui des tout petits carcinomes basocellulaires (nids et globules gris bleuté et structures digitées). C'est le jeune âge des patients, la sémiologie ainsi que le nombre de lésions qui permettront de suggérer le diagnostic (*fig. 18*).

3. Micro-carcinomes basocellulaires

Là aussi il ne s'agit pas d'une difficulté mais plutôt du témoignage d'une performance diagnostique exceptionnelle que le diagnostic, non rare, de lésions à peine perceptibles à l'œil nu (*fig. 19*).

4. Le carcinome basocellulaire sclérodermiforme

Le carcinome basocellulaire sclérodermiforme demeure très difficile à diagnostiquer même avec le secours de la dermoscopie. On peut parfois cependant compter sur un contingent plus caractéristique au sein de la lésion. Mais l'absence de signe dermoscopique ne



Fig. 18 : Paupière inférieure, patiente de 12 ans.

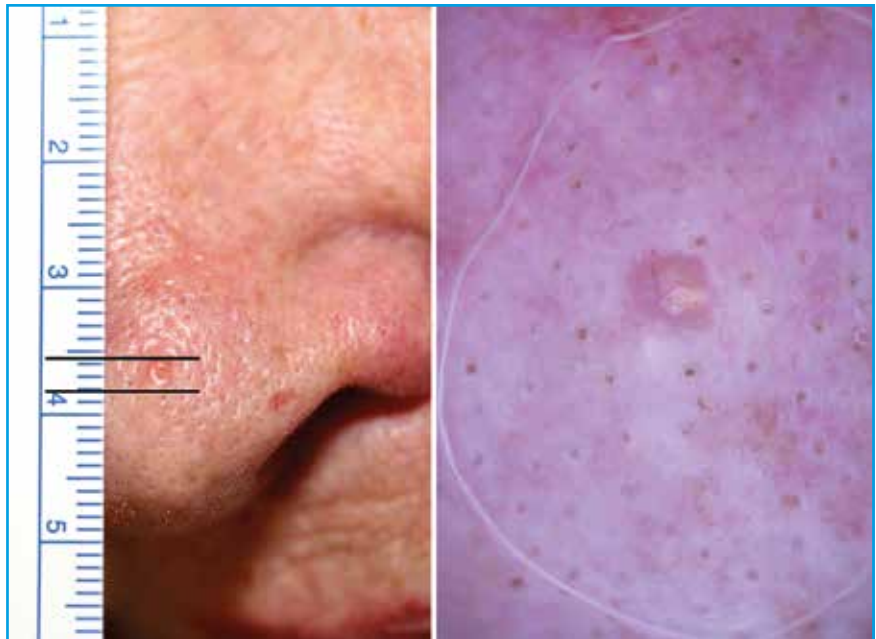


Fig. 19.

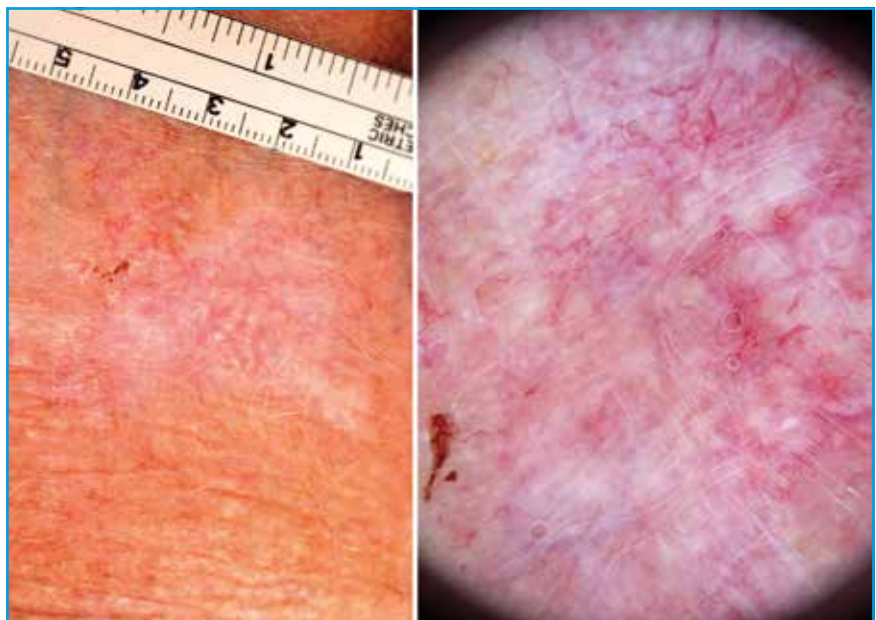


Fig. 20.

permet pas d'éliminer cette hypothèse diagnostique devant une lésion d'allure cicatricielle sans cause ou évolutive, en particulier en zone photoexposée. Bien souvent, seuls les signes non spécifiques (ulcérations, lignes blanches

brillantes) sont présents, parfois associés à des télangiectasies dont les caractères arborescent et net manquent le plus souvent (*fig. 20*). Notons aussi que la dermoscopie est totalement incapable de déterminer les marges chirurgicales d'un

Fiche pratique

carcinome sclérodermique et qu'elle ne constitue en rien une alternative à la chirurgie micrographique.

5. La suspicion de récurrence de carcinome basocellulaire

La dermoscopie ne permet d'établir le diagnostic de récurrence sur cicatrice d'un carcinome basocellulaire qu'en cas de signe positif. En revanche, l'absence de ces signes ne permet absolument pas d'éliminer ce diagnostic et la biopsie restera le seul moyen de l'identifier (**fig. 21**).



Fig. 21.

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

The advertisement is split into two parts. The left part is a red vertical banner with the white 'FotoFinder' logo and the tagline 'La référence mondiale en imagerie cutanée.' Below this is the website address 'www.fotofinder.fr'. The right part is a photograph of a medical setting. A female patient is standing and smiling, wearing a black bra. A male doctor in a white lab coat is smiling and using a handheld device on her arm. In the background, a computer monitor displays two skin images.

Article publié dans *Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie* n° 266 – Novembre 2017 – Cahier 1.