

Fiche pratique

Fiche de dermoscopie n° 9

Cas clinique

Il s'agit d'une femme de 51 ans, de phototype IIIb avec une aptitude moyenne au bronzage. Elle n'a jamais vécu outre-mer, n'a jamais fait d'UV artificiels, son activité professionnelle est à 100 % intérieure et ses loisirs ensoleillés sont modérés. Elle n'a pas d'antécédent personnel ou familial de cancer de la peau.

Elle présente depuis 3 ou 4 ans une lésion pigmentée de la face palmaire de la dernière phalange du 5^e doigt de la main droite (*fig. 1*) alors qu'elle est droitière. Cette lésion est stable du point de vue de la couleur mais elle s'est très lentement et régulièrement étendue depuis son apparition pour mesurer aujourd'hui 6 mm de diamètre maximal.

La patiente n'est pas particulièrement inquiète pour cette lésion et, d'ailleurs, le motif de la consultation était tout autre.

Elle ne décrit aucun signe fonctionnel et le reste de l'examen est négatif en dehors de quelques kératoses séborrhéiques banales et absolument non suspectes qui motivaient sa demande de consultation.

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 ?

Cette lésion pigmentée présente un patron parallèle des crêtes fait de larges bandes séparées par des espaces étroits qui suivent le dessin des dermatoglyphes (**fig. 3**). Il s'agit, en zone acrale (peau glabre en distalité de la ligne de Wallace pourvue de dermatoglyphes) d'un patron suspect puisque volontiers observé au cours du mélanome acrolentigineux (ALM).

Quelle est votre proposition de prise en charge ?

Un examen histopathologique de la lésion est indispensable. Une biopsie-exérèse avec des marges courtes est réalisable dans cette topographie et elle devra être préférée à une biopsie partielle (risque de faux négatif sur un échantillon trop petit) ou à une *shave-biopsy* (qui risque, en topographie acrale, d'être trop superficielle et n'offre pas de bénéfice cicatriciel particulier dans cette topographie en cas de lésion bénigne).

L'examen histopathologique confirmera l'hypothèse clinique d'un mélanome acrolentigineux de niveau I (*in situ*) et de 0,1 mm d'épaisseur micro-métrique.

Dans un second temps une reprise élargie avec réparation par greffe dermo-épidermique de peau totale sera effectuée avec un bon résultat esthétique et fonctionnel. Bien sûr, aucun bilan d'imagerie ne sera réalisé.

La patiente est en rémission complète depuis 4 ans au moment de la rédaction de ce cas clinique.

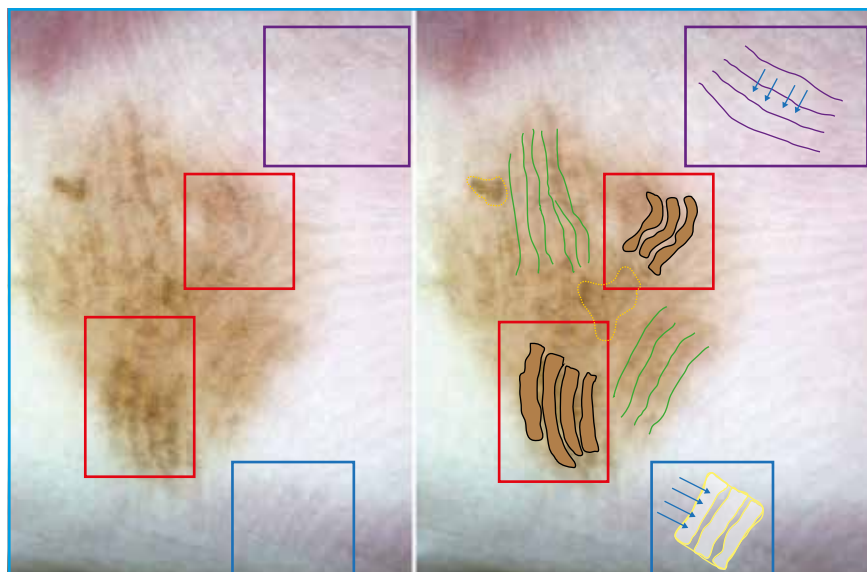


Fig. 3.

Commentaires

Sur l'image dermoscopique (**fig. 3**), on observe :

- Dans les **cadres rouges** des zones on reconnaît plus facilement le patron parallèle des crêtes plus marqué qu'ailleurs (**zones entourées de traits gris sur l'image de droite**) même s'il est facilement identifiable sur presque toute la surface de la lésion (**souigné par les lignes vertes sur d'autres zones sur l'image de droite**). Ce patron parallèle des crêtes est caractérisé par de larges lignes pigmentées, suivant le trajet des dermatoglyphes, parallèles les unes aux autres et séparées par des espaces plus clairs et plus étroits.
- Au centre et en haut (**entourées par les pointillés jaunes sur l'image de droite**), on observe des zones de pigmentation diffuse plus ou moins irrégulière. Ces zones se caractérisent par une pigmentation qui ne suit pas le dessin des der-

matoglyphes mais qui, au contraire, s'y superpose sans interruption au niveau des sillons ou des crêtes avec parfois des variations tinctoriales

- Ainsi ce mélanome, quoique *in situ*, et donc diagnostiqué à un stade hyper-précoce, présente les deux patrons dermoscopiques malins en zone acrale :
 - le patron parallèle des crêtes ;
 - les zones de pigmentation (irrégulière) diffuse.
- La peau acrale normale est également observée sur cette image :
 - dans le **cadre bleu** on observe les crêtes des dermatoglyphes qui sont les espaces larges (**entourés en jaune sur l'image de droite**) ;
 - dans le **cadre violet** on observe la même image sur laquelle on peut observer que des taches arrondies blanches régulièrement espacées siègent sur les crêtes des dermatoglyphes (**flèches bleues dans les cadres bleu et violet**) : elles correspondent aux orifices sudoraux eccrines.

Le diagnostic dermoscopique des lésions pigmentées acrales

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 et 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 acrales s'ouvre 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 différentes. Ces zones sont : le visage et le cuir chevelu, les muqueuses, les ongles, les cicatrices et, bien sûr, la peau acrale.

La peau acrale (dite "glabre"), en distalité de la ligne de Wallace (*fig. 4*) se caractérise en surface par une succession de crêtes parallèles les unes aux autres séparées par des sillons qui dessinent les dermatoglyphes (empreintes digitales des romans policiers !). Cette zone est dépourvue de poils et, sur les crêtes, on observe, très régulièrement espacés, les orifices excréto-sudoraux eccrines. Les crêtes sont plus larges que les sillons qui les séparent. Enfin, la jonction dermo-épidermique sous-jacente présente deux systèmes de bourgeons épithéliaux interpapillaires : la *crista limitans*, qui se situe en regard des sillons des dermatoglyphes, et la *crista intermedialis* qui se situe en regard des crêtes des dermatoglyphes et au sein de laquelle aboutissent les canaux sudoraux eccrines.

Comme les tissus bénins et malins se caractérisent par une répartition différente du pigment sur les *cristae limitans* et *intermedialis*, il est donc très important de repérer, alors même que les images dermoscopiques sont bidimensionnelles, où se trouve celui-ci

N.B. technique : Il est essentiel de noter dans ce chapitre introductif que les modalités d'examen modifient de manière importante les éléments sémiologiques observés en particulier en zone palmoplantaire. La dermoscopie en immersion doit se faire avec une couche épaisse de gel antiseptique ou d'échographie, l'eau n'est pas assez efficace optiquement pour annuler tout le reflet de la couche cornée. En outre, si la dermoscopie en polarisation non contact peut être utilisée pour les examens de routine, la prise de photographies de qualité, notamment pour leur usage en télé-médecine, ne peut se faire qu'en combinant contact + immersion ± polarisation.

par rapport aux crêtes (*crista intermedialis*) et sillons (*crista limitans*) des dermatoglyphes.

La règle de repérage est simple :

- les crêtes sont larges ;
- les sillons sont étroits ;
- les orifices sudoraux sont toujours sur les crêtes.

En cas de difficulté (ou pour un débutant) on pourra utiliser un peu d'encre qui se dépose, après nettoyage doux, sur les sillons des dermatoglyphes (*fig. 5*).

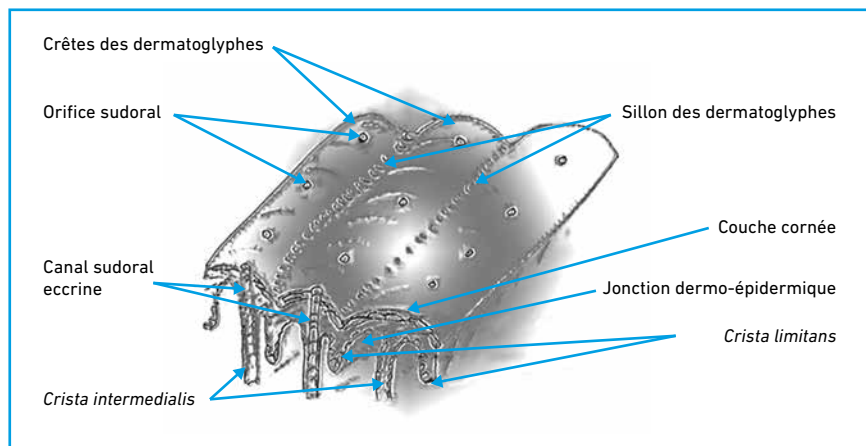


Fig. 4.

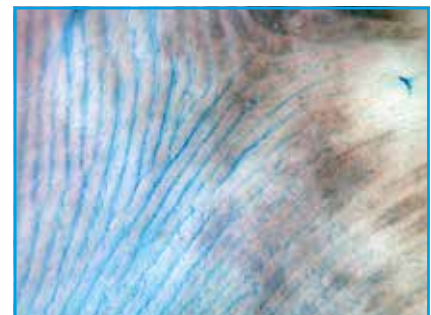


Fig. 5.

Fiche pratique

Les patrons pigmentaires bénins en dermoscopie

Une règle importante est à bien connaître : la présence d'une zone de patron bénin au sein d'une lésion acrale dermoscopiquement multicomposée ne suffit pas pour éliminer l'hypothèse d'une lésion maligne (alors que la présence d'une zone de patron malin suffit à évoquer le diagnostic d'une lésion maligne).

Tous les patrons bénins sont liés à une disposition du pigment sur la *crista*

limitans et leur reflet dermoscopique sera donc une pigmentation des sillons des dermatoglyphes mais avec des variantes qui s'expliquent par la localisation anatomique en zone d'appui plus ou moins marqué provoquant lui-même un épaissement plus ou moins important de la couche cornée de l'épiderme et donc un impact optique différent de la mélanine observée en surface à l'aide du dermoscope (fig. 6). Cet effet est plus prégnant sur les pieds mais il s'observe aussi sur les mains.

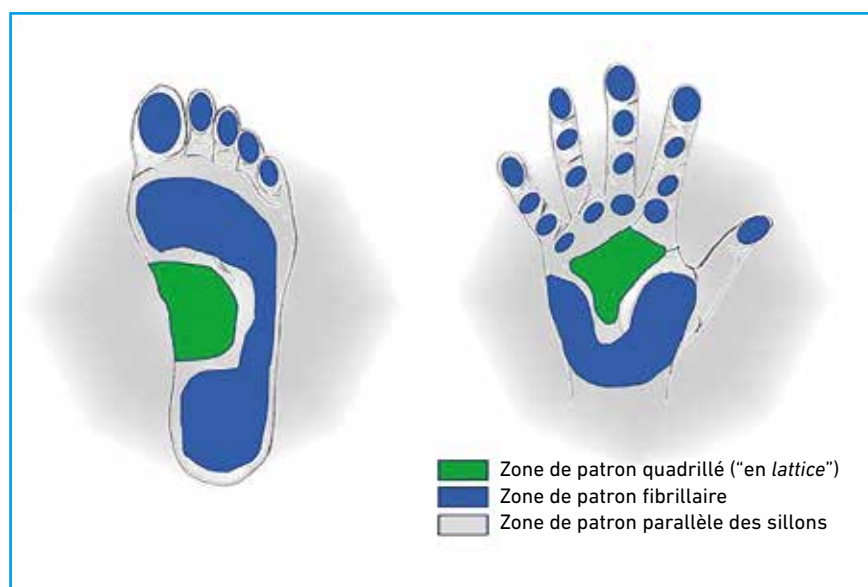


Fig. 6.



Fig. 7 : Patron parallèle des sillons.

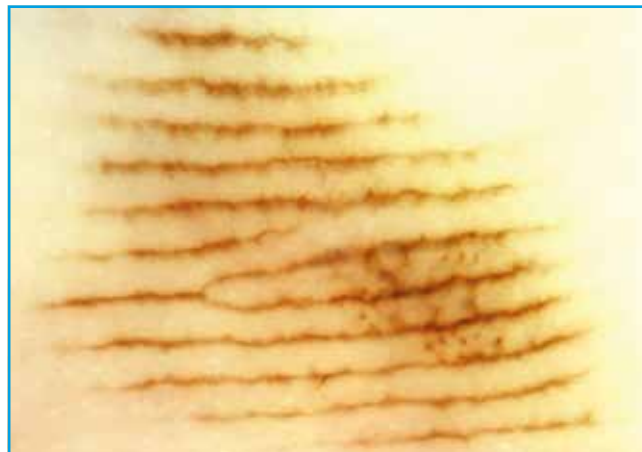


Fig. 8.

1. Le patron parallèle des sillons

C'est le prototype des patrons pigmentaires bénins en zone palmoplantaire. Il se caractérise par une pigmentation des sillons en fines lignes parallèles étroites (fig. 7 et 8). Si une lésion pigmentaire est uniquement composée de ce patron il s'agit d'un nævus bénin dont l'exérèse ou la surveillance sont inutiles.

2. Le patron quadrillé (ou "en lattice")

C'est le plus fréquent des variants du patron parallèle des sillons (fig. 9), il se caractérise aussi par une pigmentation des sillons des dermatoglyphes à laquelle s'associe des transversales perpendiculaires aux sillons (fig. 10). Ce patron est particulièrement fréquent sur les zones de moindre appui comme l'arche plantaire ou le creux de la paume (fig. 6). Ici aussi, si une lésion pigmentaire est uniquement composée de ce patron, il s'agit d'un nævus bénin dont l'exérèse ou la surveillance sont inutiles.

3. Les autres variantes du patron parallèle des sillons

De nombreuses autres variantes plus rares du patron parallèle des sillons existent (fig. 9), elles ont toutes en commun une pigmentation prédominant sur les sillons des dermatoglyphes mais

elles se caractérisent soit par une double ligne (**fig. 11**), soit par une simple ou une double ligne de globules (**fig. 12**), ou bien encore par une pigmentation des sillons associée à une réticulation des espaces entre ceux-ci (**fig. 13**).

4. Le patron fibrillaire ancré sur les sillons

La présence d'un patron fibrillaire est liée à un artéfact optique : du fait de l'épaisseur de la couche cornée dans les

zones d'appui et de sa distorsion sous l'effet des contraintes mécaniques qui s'y appliquent, le pigment est dévié de manière perpendiculaire ou oblique aux dermatoglyphes et prend un aspect de fines stries parallèles entre elles que l'on désigne sous le nom de fibrilles (**fig. 14**). Ainsi, contrairement à ce qui a longtemps été enseigné, le patron fibrillaire n'est pas systématiquement bénin. Lorsque le pigment est originaire de la *crista limitans* (**fig. 15**), il est bénin et cela peut se signaler par un renforcement de la pigmentation en regard des sillons (on dit que "les fibrilles s'ancrent sur les sillons") (**fig. 16**). Il est aussi parfois possible de "réintégrer" les fibrilles dans les sillons en imprimant, avec un dermoscope de contact, un mouvement de torsion sur la couche cornée (**fig. 17**). En

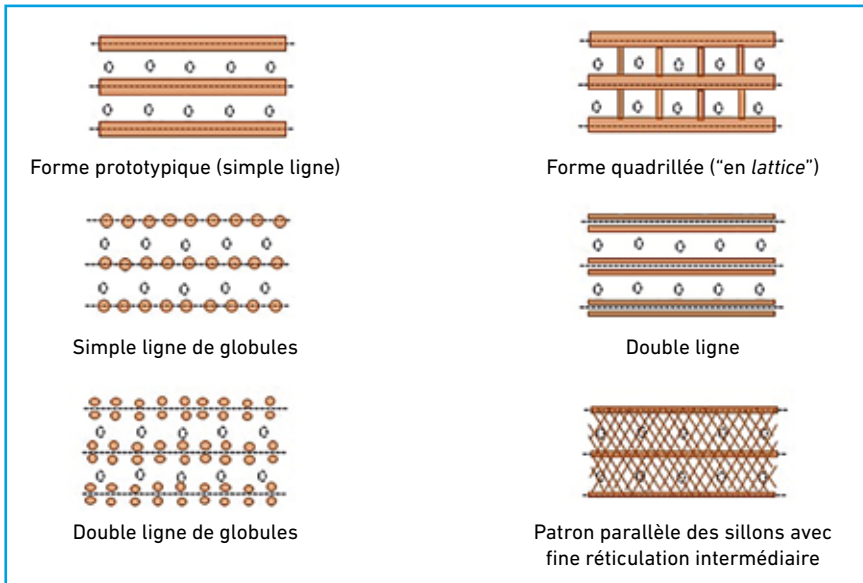


Fig. 9 : Variantes du patron parallèle des sillons.



Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.



Fig. 13.

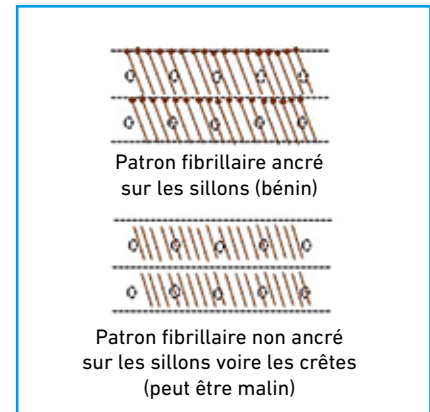


Fig. 14 : Les patrons fibrillaires.

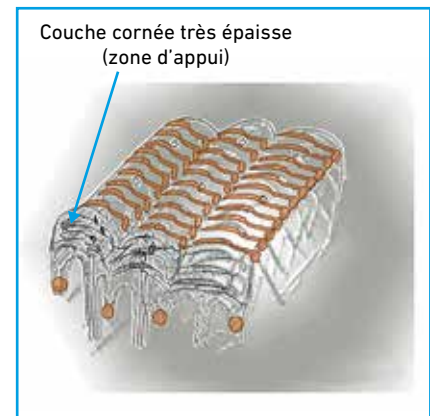


Fig. 15 : Patron fibrillaire ancré sur les sillons.

Fiche pratique

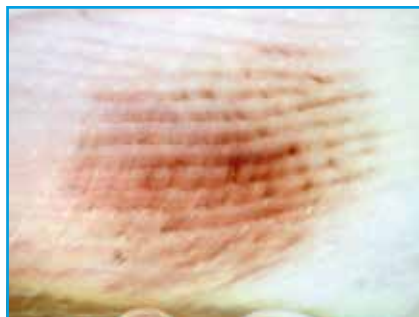


Fig. 16.

revanche, si ces conditions ne sont pas remplies, le patron fibrillaire est alors indéterminé et il peut être malin (fig. 18).

Les patrons pigmentaires malins en dermoscopie

Si, comme on l'a vu plus haut, la présence d'une zone de patron bénin au sein d'un patron dermoscopique acral multicomposé ne suffit pas à éliminer un

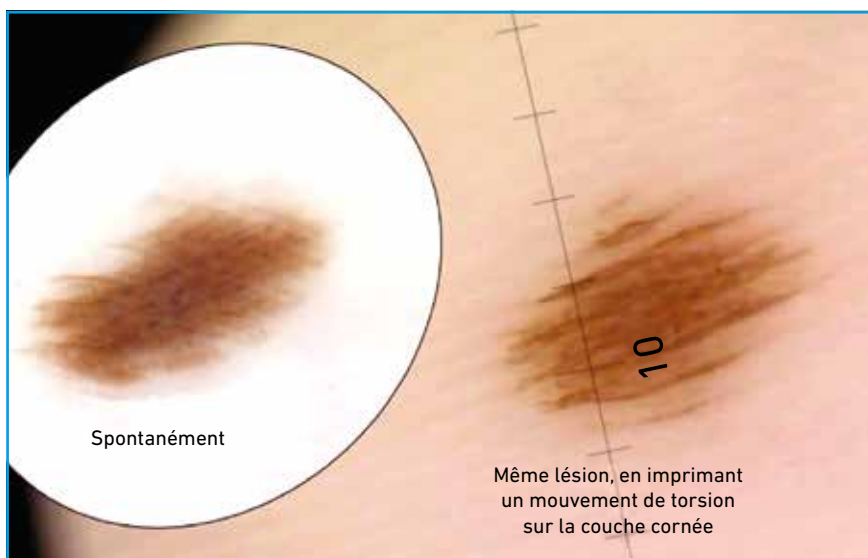


Fig. 17.

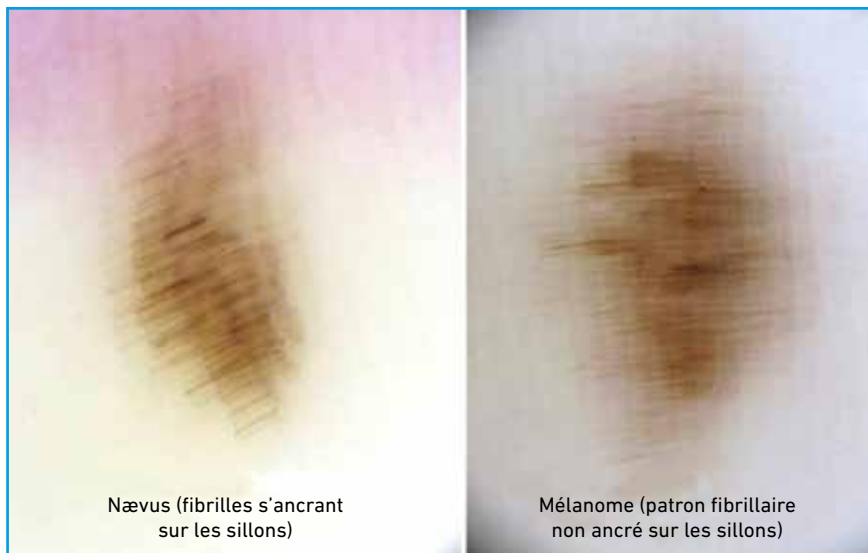


Fig. 18.

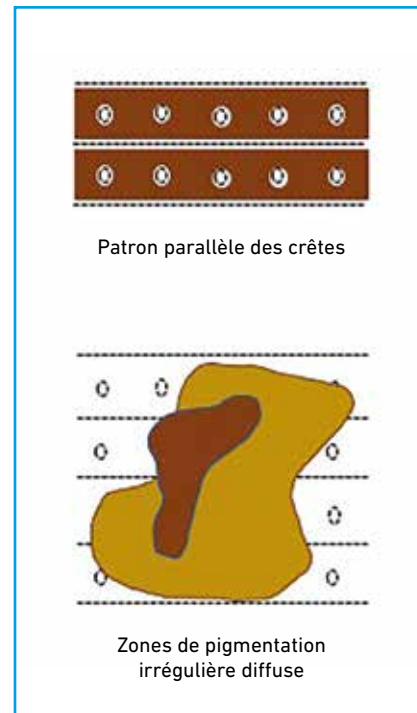


Fig. 19 : Les patrons malins.



Fig. 20.

mélanome, à l'opposé, la présence d'une zone de patron malin (fig. 19 et 20) suffit à évoquer le diagnostic et à faire proposer une biopsie.

1. Le patron parallèle des crêtes

C'est le patron le plus fréquemment rencontré dans le mélanome ALM palmaire, comme dans le cas introductif (fig. 1, 2 et 3), il peut être observé très précocement et il constitue alors le

seul signe d'alarme. Il peut être monochrome (**fig. 21**) mais aussi polychrome et alors plus facile à repérer (**fig. 22**). Dans d'autres situations plus avancées, il peut ne constituer qu'une zone au sein d'une lésion dermoscopiquement multicomposée (**fig. 23**) et présentant parfois aussi des zones de patron "bénin" (**fig. 20**). Il est constitué de larges bandes pigmentées : on a vu qu'il s'agit des crêtes des dermatoglyphes (**fig. 24**) parallèles entre elles et séparées par de minces bandes plus claires (**fig. 2,3, 19 à 23**).



Fig. 21.



Fig. 22.

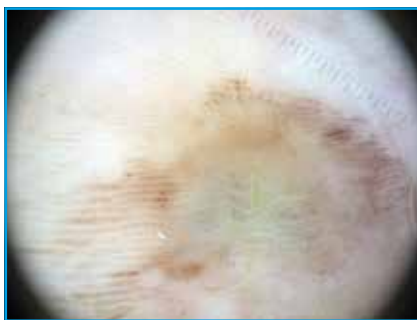


Fig. 23.

POINTS FORTS

- En dermoscopie, les "**topographies spéciales**" sont celles où l'anatomie de la jonction dermo-épidermique est différente. C'est en particulier le cas de la peau acrale en distalité de la ligne de Wallace.
- En dermoscopie acrale, devant une lésion pigmentée, il est important de déterminer si la pigmentation siège sur les **crêtes** (larges et pourvues d'orifices sudoraux) ou sur les (étroits) **sillons des dermatoglyphes**.
- Le **patron parallèle des crêtes** et la **pigmentation irrégulière diffuse** sont des signes de malignité et leur présence, sauf cas d'exception typique (ecchymose sous-cornée, pigment exogène, "PlayStation purpura") devra conduire à une biopsie pour ne pas méconnaître un **mélanome**.
- Lorsqu'une lésion pigmentée présente se compose exclusivement d'un **patron parallèle des sillons** ou d'une de ses **variantes** dont le **patron quadrillé ("en lattice")**, elle peut être considérée comme bénigne et ne nécessiter ni biopsie ni surveillance.
- Le **patron fibrillaire** est un artéfact optique observé en zone d'appui et seules les lésions monochromes présentant un "ancrage" au niveau des sillons peuvent être considérées comme bénignes.

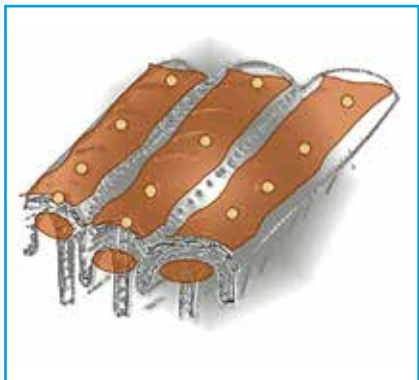


Fig. 24 : Patron parallèle des crêtes.

2. Les zones de pigmentation irrégulière diffuse

Elles sont plus rares, en particulier à un stade précoce, mais finalement plus évocatrices de mélanome par les similitudes qu'elles présentent avec le patron multicomposé et asymétrique du mélanome

en zone de peau commune (*cf. fiche de dermoscopie n° 3*). Ici la pigmentation n'est pas particulièrement localisée sur les crêtes et les sillons des dermatoglyphes mais elle se superpose à ces structures (**fig. 25**). Elle peut être monochrome (**fig. 2 et 3**) mais surtout polychrome et asymétrique (**fig. 26 et 27**)

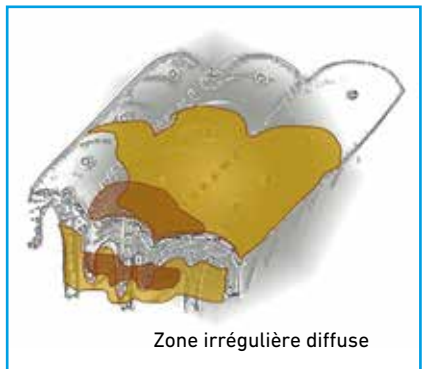


Fig. 25.

I Fiche pratique

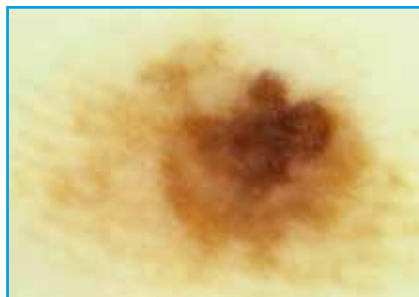


Fig. 26.

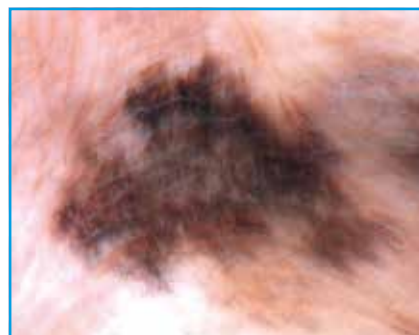


Fig. 27.

3. Le patron fibrillaire atypique et/ou ancré sur les crêtes

On l'a vu, le patron fibrillaire est un artéfact anatomique, il peut donc se produire sur les lésions malignes. Il est plus facile à reconnaître lorsqu'il est irrégulier dans sa pigmentation (*fig. 28*) mais des cas très difficiles (*fig. 18*) existent aussi il est prudent de ne considérer comme bénins que les patrons fibrillaires dont la pigmentation se renforce en regard des sillons (*fig. 16*)



Fig. 28.

Les principales situations trompeuses et difficiles

Outre les lésions achromiques qui sortent du cadre de cette fiche (*cf. fiche de dermoscopie à venir "les patrons vasculaires dermoscopiques bénins et malins"*), des situations trompeuses existent.

1. Le cas particulier du patron fibrillaire

Comme on l'a vu plus haut, il est prudent de ne considérer comme bénins que les patrons fibrillaires dont la pigmentation se renforce en regard des sillons (*fig. 16*) ou ceux qui sont "réintégrables" dans les sillons lors d'un mouvement de torsion imprimé par le dermoscope sur la couche cornée (*fig. 17*). Notons toutefois que les patrons fibrillaires indéterminés et monochromes, lorsqu'ils sont observés dans un mélanome, traduisent des lésions à un stade très précoce de développement, le plus souvent *in situ*. Aussi il est possible, plutôt qu'une biopsie avec un risque de faux négatif, de proposer une surveillance à court terme (M3) puis à long terme (M12) de ces lésions au patron fibrillaire indéterminé (*cf. fiche de dermoscopie à venir "dermoscopie numérique"*).

2. Les cas bénins de patron parallèle des crêtes

Le patron parallèle des crêtes est évocateur d'un mélanome mais il existe quelques exceptions, pour lesquelles une biopsie, constituant alors un faux positif inévitable et acceptable dans une pratique prudente de la dermatologie, sera parfois réalisée.

● Les ecchymoses sous-cornées acrales

Elles sont en principe assez faciles à diagnostiquer avec leur couleur rouge-brun, leurs limites nettes et polyconcaves (*fig. 29*).

● Le "PlayStation purpura"

Il a été décrit sur les mains dans des zones soumises à des pressions répétées



Fig. 29.

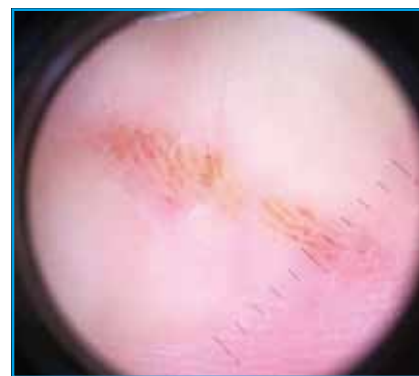


Fig. 30.

comme sur les manettes de jeu vidéo ou sur certains appareillages de salle de sport (*fig. 30*).

● Les pigmentations exogènes aux teintures

Elles sont assez fréquentes, la plus commune étant liée à la fumée de cigarette, mais des cas difficiles ont été observés chez des coiffeurs ou des sujets exposés à des teintures naturelles (*fig. 31*) ou artificielles.

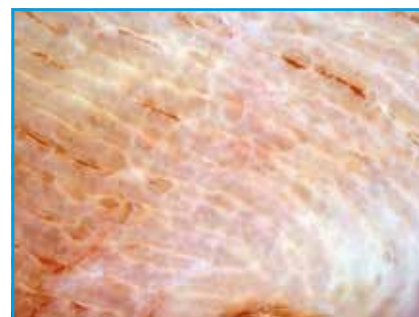


Fig. 31.

● **Les nævus congénitaux**

Comme on le verra au chapitre suivant, certains nævus congénitaux peuvent se caractériser par la présence d'un patron parallèle des crêtes (**fig. 32**) et l'interrogatoire chronologique est souvent peu fiable pour les plantes des pieds. Par conséquent, ici encore, des exérèses se soldant par un faux positif semblent acceptables dans une pratique prudente de la dermatologie d'autant plus que ces lésions sont volontiers en relief et donc non éligibles pour une surveillance en dermoscopie numérique.



Fig. 32.

3. Les nævus de type congénital

Les nævus congénitaux (ou plus justement "de type congénital") sont des malformations complexes non limitées au mélanocytes mais pouvant entraîner une



Fig. 33.



Fig. 34.

désorganisation architecturale cutanée épithéliale et/ou conjonctive. L'anatomie étant inhabituelle, la dermoscopie le sera volontiers aussi. Même s'il est possible d'évoquer un nævus de type congénital en présence de dermatoglyphes focalement élargis (**fig. 33**) ou de l'absence de ceux-ci, en l'absence d'un interrogatoire

fiable, certains diagnostics ne peuvent être qu'histologiques (**fig. 32 et 34**).

4. Les patrons de transition

Ils sont observés lorsqu'une lésion est "à cheval" sur la ligne de Wallace. Dans ce cas, des critères sémiologiques "peau acrale" en distalité et des critères sémiologiques "peau commune" en proximalité sont juxtaposés, rendant parfois difficile le diagnostic de nævus (**fig. 35**) ou celui de mélanome (**fig. 36**).



Fig. 35.



Fig. 36.

FotoFinder[®]
La référence mondiale en imagerie cutanée

www.fotofinder.fr

