

Chapitre

2

L'examen clinique et la démarche en dermatologie

Poser un diagnostic chez un malade qui a des lésions cutanées impose un interrogatoire et un examen physique.

- L'**interrogatoire** est une étape essentielle. Il doit préciser les circonstances d'apparition et les modalités évolutives de la maladie, ainsi que les traitements appliqués et leurs effets. Il faut préciser la date de début de l'affection, son siège initial et les modalités d'extension de la ou des lésions et ses/leurs modifications éventuelles. Les principaux signes fonctionnels cutanés sont la douleur et l'absence de douleur (tableau 2.1), ainsi que le prurit (tableau 2.2 et cf. Prurit et grattage chapitre 13). Le contexte dans lequel les lésions sont apparues est souvent essentiel : signes extra-cutanés associés, comorbidités, prise médicamenteuse, expositions (solaire, agents aéroportés, contagio infectieux, etc.),

voyages, risque d'IST, piqûre, morsure etc. Aussi, un interrogatoire complet recueillant l'ensemble des antécédents est souvent primordial. Enfin, compte tenu du nombre important de maladies cutanées liées à l'environnement, un interrogatoire ciblé sur le mode de vie, le contexte professionnel, récréatif et domestique, les produits appliqués et manipulés est indispensable pour ne pas méconnaître une dermatose de contact par exemple.

- L'**examen physique** dermatologique nécessite un apprentissage. Il faut savoir reconnaître les lésions élémentaires, leur arrangement et/ou configuration et leur distribution.

- Les **lésions élémentaires** sont les modes de réponse de la peau aux agressions et aux maladies qu'elle subit. Il existe

Tableau 2.1 Principales causes de douleur, paresthésie et absence de douleur vues en consultation dermatologique.

Type de douleur	Principales causes
Non lésionnelle	Crise douloureuse drépanocytaire et autres causes d'infarctus osseux/musculaire Cruralgie, notalgie (plus souvent prurit), meralgie Herpès et zona pré-éruptif et algies post-zostériennes Intoxication mercurielle Maladie de Fabry Neuropathie des petites fibres Névralgies trigéminées et autres névralgies Syndrome douloureux (ou dysesthésique) localisé (glossodynie, vulvodynie, etc.) Syndrome régional douloureux
Lésions douloureuses	Angiolipome et certains lipomes (maladie de Dercum, adiposa dolorosa) Endométriose (cutanée) Gardner-Diamond (syndrome de) Granulome annulaire douloureux (des extrémités) Léiomyomes : piloléiomyome, angioléiomyome et léiomyome du dartos (muscle lisse aréole et organes génitaux externes) Neurinome (synonymes : schwannome, neurilemmome) Neurome Nodule douloureux de l'oreille Papule piérogénique douloureuse Pilomatricome (si foyers de différenciation pilomatricielle dans un kyste épidermoïde : syndrome de Gardner) Spiradénome eccrine Tumeur glomique (ainsi que glomangiomasose et syndrome de Bean)
Paresthésies	Formication (sensation de mouvements sous la peau) : infestation réelle et délire d'infestations parasitaires
Absence de douleur	Absence congénitale de douleur Atrophie nerveuse Lèpre Neuropathie périphérique (diabétique, alcoolique, etc.) Syringomyélie

Le dermatologiste peut être confronté à des lésions douloureuses ou à des douleurs sans lésions visibles, ressenties par le malade comme superficielles et donc interprétées par lui comme étant d'origine cutanée. Les lésions tumorales douloureuses sont peu nombreuses et résumées dans le tableau. Bien entendu, les lésions inflammatoires comme un abcès peuvent être douloureuses et, dans ce cas, d'autres signes comme la chaleur, l'œdème et/ou l'érythème sont présents.

Enfin, il existe des douleurs ressenties superficielles qui sont souvent source d'une longue errance diagnostique et qu'il faut savoir évoquer, comme le syndrome régional douloureux ou la neuropathie des petites fibres. L'absence de douleur traduit généralement une neuropathie.

Tableau 2.2 Principales causes de prurit.

Situation	Principales causes
Principales dermatoses pouvant se manifester essentiellement par du prurit	Dermatite herpétiforme Dermite à la laine de verre Gale Lymphome T épidermotrope Mastocytose Pédiculose Pemphigoïde Rétention sudorale (atopique notamment) Xérose (atopie, ichtyose, bains excessifs) et prurit sénile
Maladies systémiques	Carence martiale Diabète ? Dysthyroïdie Grossesse (prurit gravidique, causes nombreuses) Hémochromatose Hyperparathyroïdie Infections (parasitoses, virus lents dont VHC et VIH notamment) Insuffisance rénale Lymphome (notamment maladie de Hodgkin) Maladie hépatique (cholestase, cirrhose biliaire primitive) Polyglobulie (prurit à l'eau) et autres hémopathies
Médicaments	Morphiniques, clopidogrel, IEC, sartans, vancomycine, chloroquine et nombreux autres
Psychogène	Anxiété (névrose) Dépression (sujet âgé)

Un prurit peut révéler plusieurs « maladies internes » dont par exemple un lymphome, un syndrome myéloprolifératif, une infection parasitaire ou virale (hépatite, VIH). Veiller à ne pas méconnaître une maladie cutanée peu apparente comme une gale ou une dermatite herpétiforme.

ainsi un nombre limité de lésions qui permet de décrire toutes les affections de la peau. Ces lésions peuvent ainsi être comparées aux lettres de l'alphabet. Leur combinaison réalise des syndromes.

- L'**arrangement** est la façon dont sont disposées les différentes lésions les unes par rapport aux autres. Par exemple, elles peuvent former une ligne au cours de la dermatomyosite (« arrangement linéaire ») (fig. 2.1), alors que les différentes vésicules ont tendance à se regrouper en bouquet au cours de l'herpès (fig. 2.2).
- La **configuration** désigne la forme d'une lésion élémentaire isolée. Par exemple, une lésion peut être annulaire (fig. 2.3) ou reproduire une cocarde (fig. 2.4).
- La **distribution** désigne l'extension de la maladie, c'est-à-dire les endroits du corps où siègent les lésions. Par exemple, il peut s'agir d'une lésion unique, donc localisée, comme c'est le cas pour les tumeurs; il peut aussi s'agir d'une éruption généralisée, touchant l'ensemble de la peau, par exemple au cours de certaines réactions cutanées médicamenteuses ou encore au cours d'une éruption induite par un virus.

**Fig. 2.1****Dermatomyosite. Linéarité.**

Érythème palpable linéaire du dos des mains. La règle générale toutefois est que la linéarité résulte de l'intervention d'un agent externe. Ici, il s'agit d'une exception à cette règle, car c'est une maladie endogène, une dermatomyosite, qui provoque cet érythème linéaire s'étendant du dos de la main vers la face dorsale des doigts. La dermatomyosite est une maladie grave qui touche la peau, les muscles et parfois les poumons, le tube digestif et d'autres organes. Son traitement repose sur une corticothérapie par voie générale, parfois associée aux immunosuppresseurs et/ou immunoglobulines intraveineuses.



Fig. 2.2

Herpès. Herpétiforme.

Plusieurs lésions liquidiennes (appelées vésicules) sur fond rouge, proches les unes des autres. Cet arrangement des lésions entre elles est dit herpétiforme car caractéristique des infections à herpès virus comme dans cet exemple. Il est possible de relever deux autres signes caractérisant les vésicules de cause virale : la couleur grise particulière et surtout l'affaissement central, dit ombilication, de plusieurs vésicules.



Fig. 2.3

Psoriasis. Annularité.

Lésions rouges et squameuses qui forment un anneau au cours d'un psoriasis. Ici, il s'agit d'une *configuration annulaire*, c'est-à-dire une lésion unique qui s'étend de façon centrifuge pour réaliser cette forme particulière. Le psoriasis est une maladie très courante, affectant environ 2 % de la population mondiale.

En pratique, il est possible de dégager deux situations : les situations courantes (acné, verrues, etc.) ou les lésions uniques (tumeurs), et les situations plus complexes. Dans le premier cas, il peut être utile de passer rapidement à l'examen physique. Dans tous les autres cas, il est préférable



Fig. 2.4

Érythème polymorphe. Cocarde.

Configuration en plusieurs anneaux concentriques, dite en cocarde, caractéristique de l'érythème polymorphe. L'érythème polymorphe est une réaction d'hypersensibilité, souvent para-infectieuse (notamment virus herpès), qui associe ce type de lésions cutanées à une atteinte muqueuse érosive parfois grave.

de commencer par l'interrogatoire car l'histoire précise de la maladie, les antécédents personnels et familiaux et l'anamnèse systémique seront des informations essentielles voire indispensables pour poser le bon diagnostic. Car il faut garder à l'esprit que pratiquement toutes les maladies peuvent être responsables de manifestations cutanées, qui peuvent parfois les révéler. Cela implique de tenir compte de l'ensemble des antécédents et des autres signes cliniques (données d'interrogatoire et d'examen physique) dans l'élaboration du diagnostic.

Les mécanismes de raisonnement qui permettent de poser un diagnostic à partir de l'analyse visuelle d'une lésion sont doubles :

- un mécanisme analogique, où le médecin reconnaît une maladie qu'il a déjà observée;
- un mécanisme analytique, où le médecin reconnaît une ou plusieurs lésions élémentaires qui ont une certaine distribution et/ou parfois configuration et/ou arrangement et/ou évolution qui lui permettront de formuler un ou plusieurs diagnostics, sans qu'il ait nécessairement observé cette dermatose au préalable.

Il faut garder à l'esprit les éléments suivants :

- l'analyse sémiologique des lésions cutanées doit toujours être placée dans le contexte général du malade : ses antécédents, l'histoire complète de sa maladie, les autres signes cliniques, etc. Sinon, il existe un risque élevé de se tromper de diagnostic ou de méconnaître la causalité;
- il ne faut pas confondre sémiologie (étude des signes) et nosologie (étude des maladies). La papule par exemple est

un terme purement descriptif, relevant de la sémiologie, et il en existe de nombreuses causes, dont l'urticaire. L'urticaire, quant à elle, correspond à de la nosologie car elle a une définition anatomoclinique. Elle peut également avoir des causes diverses car il existe de nombreuses maladies dont elle peut être une des expressions. Ainsi, l'urticaire peut par exemple survenir chez un sujet avec une dysthyroïdie, au cours d'une primo-infection virale ou d'une allergie médicamenteuse. Il en est de même par exemple pour le comédon, qui est bien défini sur le plan anatomoclinique : son identification impose une approche sémiologique attentive. Son interprétation relève de la connaissance nosologique car ses causes sont nombreuses. Si l'acné en est la cause la plus fréquente, les affections suivantes peuvent aussi être comédoniennes : mucinose folliculaire et mycosis fongoïde, lupus érythémateux, héliodermie (maladie de Favre et Racouchot), forme folliculaire de la maladie de Darier, toxidermie (p. ex. inhibiteurs de BRAF) et intoxications (dioxine, amineptine, etc.), nævus/hamartome comédonien, papules faciales au cours de certaines hémopathies B, etc.

Finalement je souhaiterais insister sur deux points cruciaux :

- d'une part l'importance capitale de l'écoute et de l'interrogatoire, qui n'est jamais assez soulignée. C'est généralement dès l'interrogatoire que l'on porte un diagnostic et c'est la façon la plus fiable d'instaurer un rapport de confiance avec le malade. Une vraie écoute empathique est une des qualités essentielles du bon médecin ; c'est le secret des « grands » médecins. Un vrai intérêt pour le malade sous-tendu par une vraie écoute attentive, en se concentrant pleinement sur l'histoire, est la clé d'une bonne médecine, ce qui n'est pas toujours simple. Il faut ainsi toujours s'efforcer de *comprendre* l'histoire du malade, essayer de reconstituer avec lui ce qui s'est véritablement passé, quels signes il a constatés, comment il a agi et le chemin qui l'a mené jusqu'à cette consultation. J'illustre ce propos par un exemple vécu récemment lors d'une visite dans le service hospitalier. Un malade de 35 ans était hospitalisé pour des ulcérations buccales multiples ; l'interne et le chef de clinique, qui avaient admis le malade 5 jours plus tôt,

suspectaient en priorité un pemphigus. Ils argumentaient cette hypothèse par l'atteinte érosive du palais et de la gencive. Pourtant, en reprenant l'interrogatoire avec le malade, j'apprenais que les ulcérations étaient d'installation très soudaine, quasi synchrones, en 24 à 48 heures, douloureuses et elles s'accompagnaient d'un état subfébrile et de myalgies : ces éléments ne plaident pas pour un pemphigus, dont l'installation est habituellement beaucoup plus insidieuse. En revanche, ces éléments étaient compatibles – entre autres – avec un érythème polymorphe ou une stomatite herpétique, que le frottis virologique avait entre-temps permis de confirmer. Dans cet exemple, c'est l'histoire (et la connaissance de l'histoire naturelle des maladies) plus que l'aspect des lésions qui était déterminante dans la hiérarchisation des possibilités diagnostiques ;

- d'autre part, j'estime qu'il faut bannir l'idée de « maladies dermatologiques ». Il est préférable du point de vue conceptuel et philosophique de raisonner en *expression cutanée des maladies*. Car presque chaque maladie dite interne peut avoir des manifestations cutanées et, derrière chaque lésion cutanée, il faut chercher une cause plus générale et d'éventuelles répercussions systémiques. Un psoriasis peut comporter une atteinte rhumatismale ; des verrues peuvent être l'expression d'un déficit immunitaire ; des « boutons » du visage peuvent correspondre à des tumeurs bénignes comme des fibrofolliculomes ou des trichilemmomes, qui elles-mêmes ne seront alors que l'une des expressions de maladies génétiques (syndromes de Birt, Hogg et Dubé et syndrome de Cowden respectivement) conférant entre autres un risque de cancers viscéraux ; les exemples sont presque sans fin et illustrent l'importance d'une réflexion plus générale devant chaque signe.

Il faut toujours répertorier toutes les lésions élémentaires présentes, leur configuration, leur arrangement et leur distribution, ainsi que leur histoire. Il faut également préciser le contexte dans lequel ces lésions sont apparues, les signes associés et les antécédents du malade.

Examen physique dermatologique : lésions élémentaires

L'analyse de certains caractères d'une lésion, comme sa forme, sa taille, sa surface ou sa couleur, a permis d'individualiser des « lésions élémentaires » qui sont les modes de réponse de la peau aux différentes maladies et aux agressions qu'elle subit. Toute lésion cutanée résulte de l'association d'une ou de plusieurs de ces lésions élémentaires. Il s'agit des lésions les plus simples auxquelles on peut ramener les diverses affections cutanées et à l'aide desquelles on peut les décrire. Pour être classée en lésion élémentaire, la lésion doit pouvoir être individualisée assez facilement sans être confondue avec une autre lésion. Les lésions élémentaires permettent de décrire toutes les altérations de la peau. L'association de plusieurs lésions élémentaires peut réaliser de véritables syndromes. Ces lésions élémentaires constituent un « alphabet » que le médecin doit apprendre à reconnaître pour être capable de décrire et de faire le diagnostic d'une maladie qui touche la peau. Pour identifier les différentes lésions élémentaires, il faut inspecter, palper et plisser la peau. Un bon éclairage est indispensable.

Il faut d'abord déterminer si la lésion est **palpable**. Le plus souvent, une lésion est « visiblement » palpable, car surélevée ou déprimée (fig. 3.1 et 3.2); parfois cependant il faut l'effleurer avec un doigt pour percevoir la différence de consistance avec la peau attenante. *Les lésions palpables peuvent être solides ou avoir un contenu liquidien.* Dans d'autres situations, il faut pincer la peau entre le pouce et l'index pour sentir, en



Fig. 3.1

Lésions palpables. Lymphome, nævus, kératose séborrhéique. Il s'agit de toute évidence de plusieurs lésions « visiblement » palpables, car nettement surélevées. Les lésions rouges étaient liées à un lymphome B cutané alors que les lésions brunes correspondaient à des nævus et des kératoses séborrhéiques, des lésions bénignes très communes. Noter aussi la cicatrice blanche déprimée.

profondeur, une formation palpable. La palpation, le plissement et l'étirement de la peau permettent aussi de reconnaître les **modifications de sa consistance**. La peau peut manquer de souplesse ou, au contraire, être trop souple ou trop lâche. D'autres éléments comme la **température** et la **sensibilité** des lésions doivent également être appréciés au cours de l'examen clinique.

La peau peut devenir palpable en raison d'une **altération de la surface cutanée**. Il est très important de déterminer si une lésion est palpable en soi, car elle résulte alors presque toujours d'une anomalie du derme et/ou des structures plus profondément situées ou simplement parce qu'il existe une altération de la surface cutanée, qui traduit une lésion épidermique. Elle peut aussi être palpable pour ces deux raisons en même temps.

Les altérations de la surface cutanée sont abordées en détail au chapitre 8. Elles sont brièvement exposées ici pour comprendre la démarche diagnostique. La surface de la peau est altérée lorsqu'elle est :

- *épaissie*, la peau habituellement lisse devient alors rugueuse (fig. 3.3);
- *amincie*, trop fine et transparente (fig. 3.4);



Fig. 3.2

Macule leucodermique. Piébalisme.

La peau autour du genou est tantôt trop claire (lésion hypopigmentée ou leucodermique), tantôt trop foncée (hyperpigmentée), mais ces lésions ne sont pas palpables. Ces anomalies localisées de la couleur de la peau, non palpables s'appellent des macules. Ici, elles sont l'expression d'une maladie génétiquement déterminée, le piébalisme. La forme géométrique des lésions blanches, le siège sur les genoux et l'hyperpigmentation périphérique sont caractéristiques de cette affection rare.



Fig. 3.3

Kératose. Maladie de Bowen.

Cette lésion rouge est couverte d'un enduit blanc jaune très adhérent, rugueux à la palpation, appelé kératose. Dans cet exemple, il s'agit d'un carcinome spinocellulaire *in situ* ou maladie de Bowen. À la différence de la squame (cf. fig. 3.7), la kératose ne se laisse pas facilement détacher ; son arrachement forcé provoque un saignement.



Fig. 3.4

Atrophie. Mycosis fongoïde.

La peau est fine, luisante et fripée, car elle est atrophique. Elle est aussi érythémateuse. Chez ce malade, l'atrophie cutanée était la conséquence d'un lymphome T cutané appelé mycosis fongoïde.

- *absente*, ce qui entraîne un suintement ou un saignement (fig. 3.5), évoluant vers une croûte ;
- *interrompue*, par un orifice (fig. 3.6) ;
- *recouverte* de squames (fig. 3.7) ou de croûtes (fig. 3.8) ;
- *surélevée* par un liquide clair (fig. 3.9), louche ou hémorragique ;



Fig. 3.5

Ulcération cribriforme. *Pyoderma gangrenosum*.

Perte de substance : il s'agit d'une ulcération. On peut aussi relever la cicatrisation qui se fait sur un mode cribriforme, c'est-à-dire en réalisant un criblage qui délimite des zones ulcérées en dessinant un réseau ; ce type de cicatrisation est très caractéristique du *pyoderma gangrenosum*, une maladie inflammatoire neutrophilique associée notamment aux hémopathies myéloïdes et aux maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin.



Fig. 3.6

Dépression – Cicatrice – Comédon. Acné.

Sur cette photographie, on peut noter d'une part des dépressions cutanées aplaties, traduisant une atrophie dermique, correspondant à des séquelles cicatricielles d'une acné grave ; d'autre part, il existe de nombreux points noirs correspondant à des comédons. Le comédon correspond à une interruption de la surface cutanée par un orifice pileux rempli de kératine et bordé par un épithélium ; il s'agit donc de la dilatation d'un orifice pileux physiologiquement présent (« pore ») et pas d'une perte de substance comme dans une érosion ou une ulcération où l'épiderme est absent.

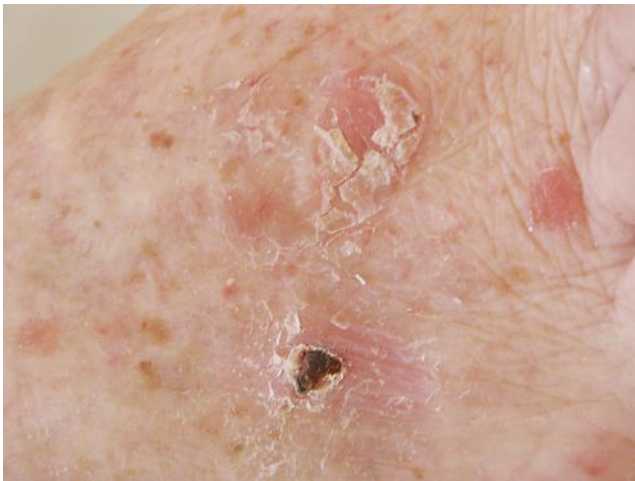


Fig. 3.7

Squame.

La peau est rouge et couverte d'un enduit qui se détache facilement, les squames, à la différence de la kératose (cf. fig. 3.3), qui est adhérente. On peut aussi noter la présence d'une lésion plus foncée, correspondant à une croûte.



Fig. 3.8

Croûtes. Impétigo.

Lésions jaunes grumeleuses qui peuvent se détacher : il s'agit de croûtes. Dans cet exemple, la forme plus ou moins arrondie des lésions, leur couleur jaune (« mélicérique », couleur du miel) et la topographie péri-buccale permettent de poser le diagnostic d'impétigo. L'impétigo est une infection cutanée due au streptocoque ou au staphylocoque, survenant souvent sur peau saine chez l'enfant et presque toujours sur une dermatose préexistante chez l'adulte, d'où l'aphorisme « tout impétigo de l'adulte est une gale jusqu'à preuve du contraire ».

- ou *insensible* à tous les modes et *froide*, évoluant alors rapidement vers une nécrose noire (fig. 3.10). Les altérations de la surface cutanée peuvent survenir sur une peau préalablement saine ou elles peuvent compliquer l'évolution des autres lésions élémentaires; dans ce dernier cas, elles peuvent être utilisées comme adjectif permettant de mieux les décrire.



Fig. 3.9

Bulle. Eczéma.

Sur cette photographie, la surface cutanée est surélevée par une lésion liquidienne mesurant plus de 1 cm : une bulle. On peut noter que cette bulle siège sur une peau rouge (érythémateuse); il s'agissait d'un eczéma de contact bulleux.



Fig. 3.10

Nécrose.

Zone bien circonscrite de nécrose noire, nettement délimitée par rapport à la peau saine attenante par un sillon d'élimination. La nécrose traduit une ischémie cutanée. Il s'agit d'une peau dévitalisée et insensible à tous les modes.

Enfin, il faut garder à l'esprit que *les lésions élémentaires peuvent être évolutives*. Par exemple, dans l'urticaire, les lésions élémentaires sont des papules ou des plaques, de distribution aléatoire, groupées en figures polycycliques, d'évolution migratrice et fugace. Dans la varicelle (fig. 3.11), les lésions élémentaires sont vésiculeuses, de distribution cutanéomuqueuse, sans configuration remarquable, évoluant vers l'ombilication et la formation de croûtes. Aussi, dans ces deux exemples, l'évolution est soit intrinsèque à la lésion élémentaire (p. ex. fugacité d'une papule oedémateuse), soit progressive vers une lésion secondaire (p. ex. évolution vers la pustule ombiliquée et la croûte d'une vésicule virale). La chronologie des lésions élémentaires est



Fig. 3.11

Dynamique lésionnelle. Varicelle.

Cette photographie illustre bien la dynamique lésionnelle au cours d'une varicelle où des éléments d'âge différents coexistent. On voit des vésicules inframillimétriques, les lésions toutes initiales, des vésicules sur fond érythémateux, des pustules de taille variable et enfin certaines pustules qui comportent une dépression centrale (ombilication, flèche) et des croûtes.

ainsi importante. Les notions d'acuité, de chronicité, mais aussi de simultanéité de 2 lésions, ou d'asynchronisme de 2 ou 3 lésions, toutes élémentaires, de progression ou de régression dans le temps, doivent être précisées.

Un algorithme d'identification des lésions élémentaires est proposé figure 3.12

- Toujours regarder, palper et plisser la peau.
- Si la lésion n'est pas palpable : il s'agit d'une modification localisée ou diffuse de la couleur ou de la transparence de la peau.
- Si la lésion est palpable : le contenu peut être solide ou liquide. La surface cutanée peut être normale ou altérée. Ces éléments déterminent le cheminement diagnostique.

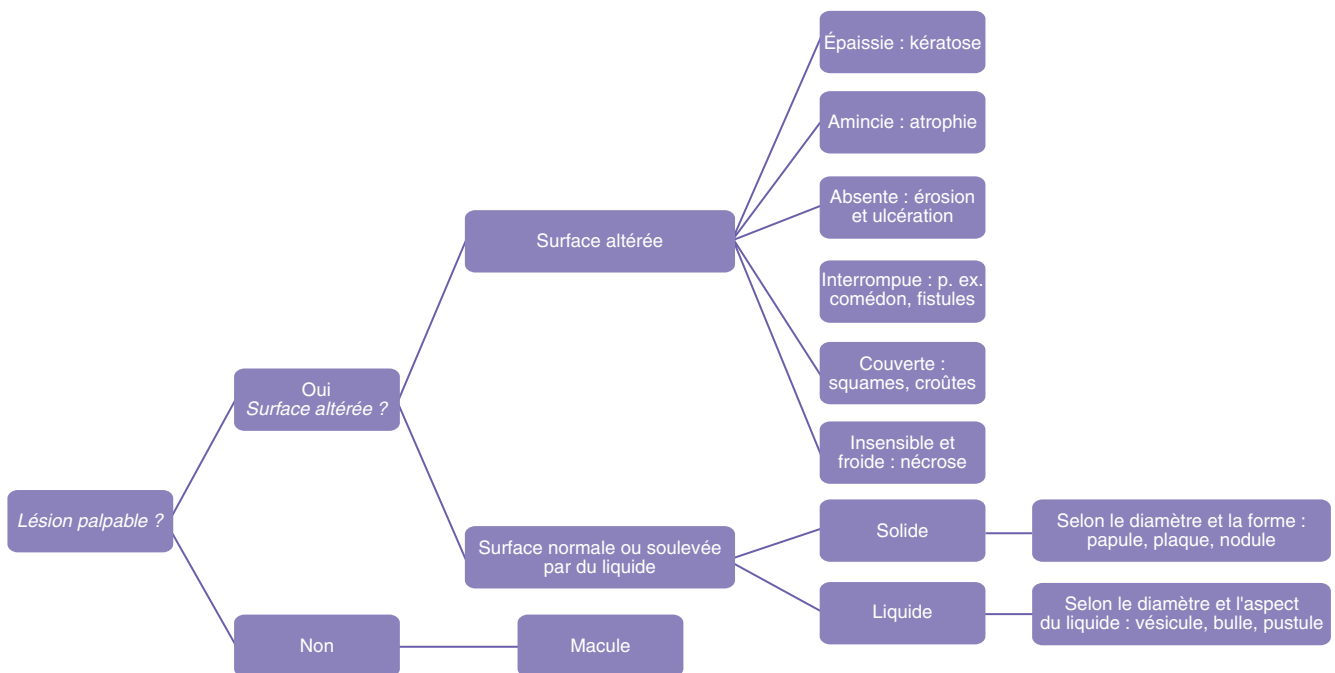


Fig. 3.12

Identification des lésions élémentaires.