

Chapitre 4

Stratégie diagnostique (mélanocytaire non mélanocytaire)

De nombreuses publications traitent du diagnostic différentiel dermoscopique des lésions pigmentées. Les algorithmes les plus souvent utilisés sont l'analyse des patrons (voir p. 50), la règle ABCD de dermoscopie (voir p. 29), la liste italienne en sept points (voir p. 44), la méthode de Menzies (voir p. 35) ainsi que l'analyse des patrons révisée et, tout récemment, la liste en trois points.

En 2001, le Comité de consensus international de dermoscopie a recommandé une procédure en deux étapes pour la classification des lésions pigmentées de

la peau. Cette approche avait été proposée préalablement par d'autres auteurs. Cette stratégie diagnostique comprend deux niveaux successifs de décision (figure 4.1).

Dans le **premier niveau**, on doit décider si la lésion est d'origine mélanocytaire ou non mélanocytaire (figure 4.2). Une fois que la lésion a été identifiée d'origine mélanocytaire, on procède à l'évaluation de **second niveau** au cours de laquelle on doit décider si elle est bénigne, suspecte ou maligne. Afin de prendre cette décision, on utilise des algorithmes. Les

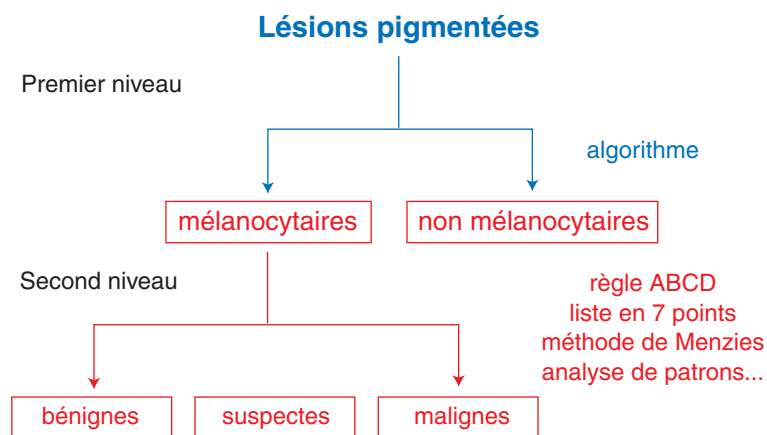


Figure 4.1
Stratégie diagnostique en deux étapes des lésions pigmentées.

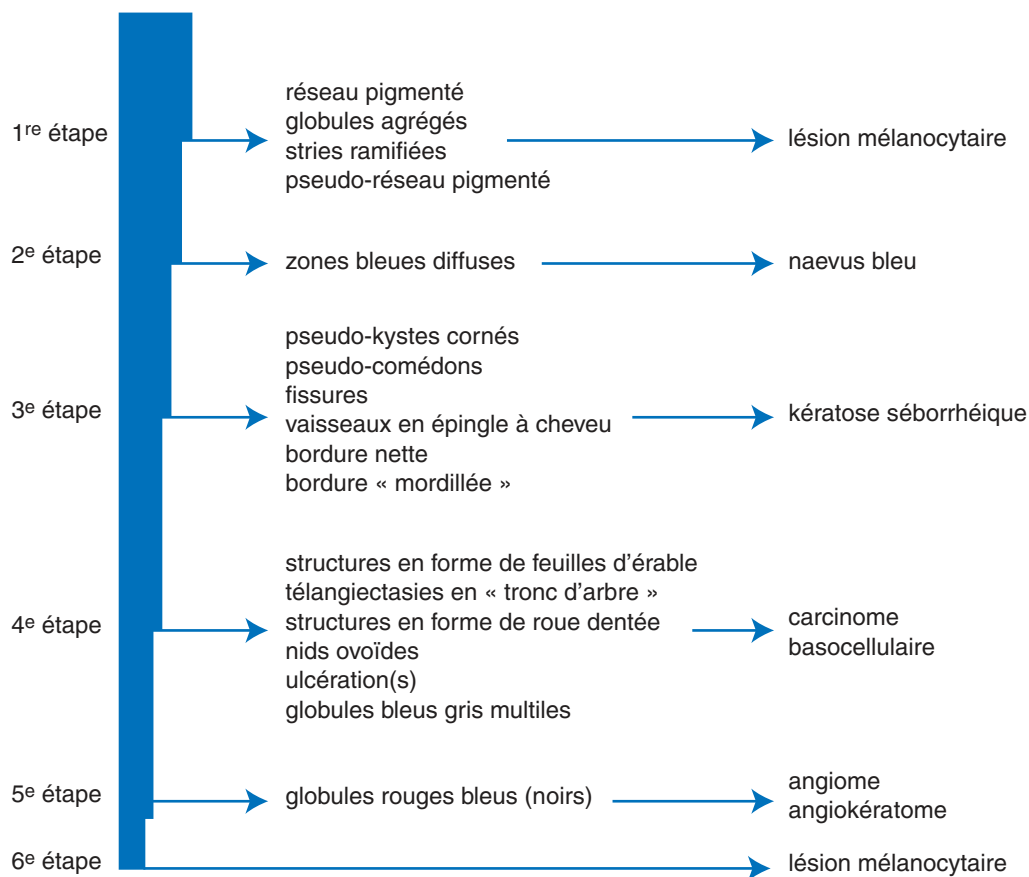


Figure 4.2
Algorithme.

plus utilisés seront présentés dans les 4 chapitres suivants en sachant cependant qu'il en existe d'autres qui ont été publiés ou qui sont actuellement en cours de publication.

PREMIER NIVEAU : LÉSION MÉLANOCYTAIRE OU NON MÉLANOCYTAIRE

La décision de niveau 1 comprend un algorithme qui comporte six étapes différentes

(figure 4.2) et dans lesquelles la lésion doit être évaluée par la présence de critères dermoscopiques spécifiques de certains diagnostics dans l'ordre suivant.

Première étape

Observe-t-on des globules agrégés, un réseau pigmenté (figure 4.3), des stries ramifiées, un pseudo-réseau pigmenté ou un patron parallèle (paumes, plantes et muqueuses) ?

Si l'on retrouve au moins l'une de ces cinq structures dans une lésion pigmen-

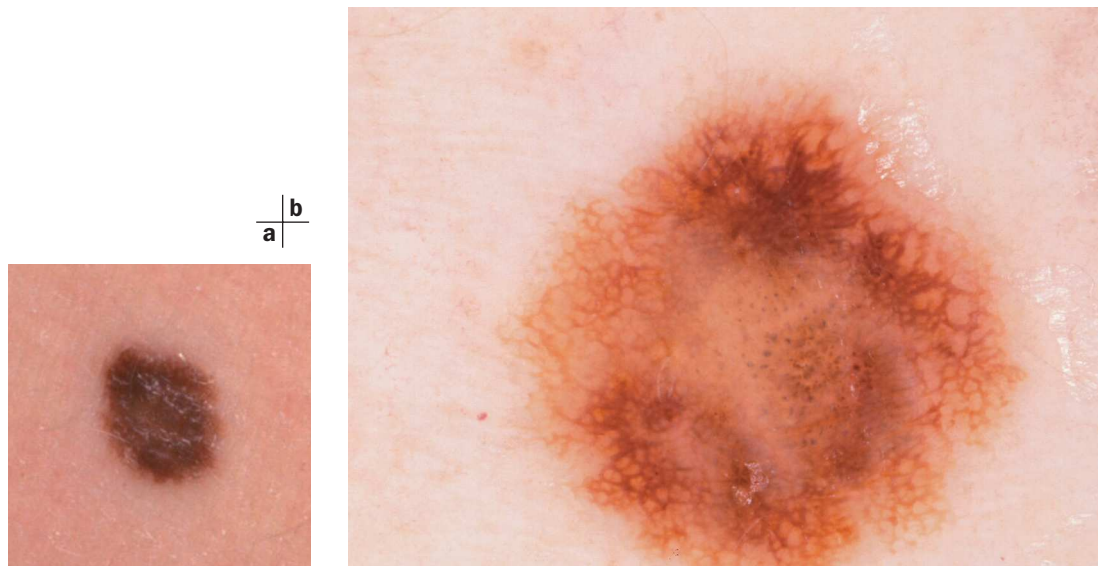


Figure 4.3
a. Image clinique d'un nævus composé. **b.** Image dermoscopique.
 On retrouve à la fois la présence d'un réseau pigmenté, des stries ramifiées et des globules bruns.
 On peut donc conclure qu'il s'agit d'une lésion d'origine mélanocytaire (première étape).

tée, elle doit être considérée comme d'origine mélanocytaire. Ainsi, on peut passer directement au deuxième niveau d'analyse (décision de niveau 2) qui consistera à déterminer si la lésion mélanocytaire est maligne, bénigne ou suspecte (voir figure 4.1).

Deuxième étape

Observe-t-on une pigmentation bleue homogène ?

Si cela est le cas, la lésion doit être considérée comme un nævus bleu (figure 4.4). Ce critère ne doit surtout pas être confondu avec le voile blanc-bleu, qui est par définition une pigmentation bleuâtre irrégulière dans son intensité et ses contours avec un aspect de verre dépoli. Un voile blanc-bleu n'occupe en outre jamais toute la surface de la lésion et se voit régulièrement dans le cadre des mélanomes. Si aucun

des critères des étapes 1 et 2 ne sont présents, on passe à l'étape 3.

Troisième étape

Observe-t-on des pseudo-comédons, des pseudo-kystes cornés, des fissures, des structures ressemblant à des empreintes digitales, une bordure mordillée, des structures réticulées à mailles arrondies (différentes de la réticulation observée dans l'étape 1 qui, elles, ont des mailles polygonales), un aspect cérébriforme ?

Si cela est le cas, la lésion doit être considérée comme d'origine non mélanocytaire. Il s'agit probablement d'une kératose séborrhéique (figure 4.5). Si aucun des critères n'est retrouvé, on doit passer à la quatrième étape.

Quatrième étape

Retrouve-t-on la présence de vaisseaux sanguins en forme de tronc d'arbre (télan-

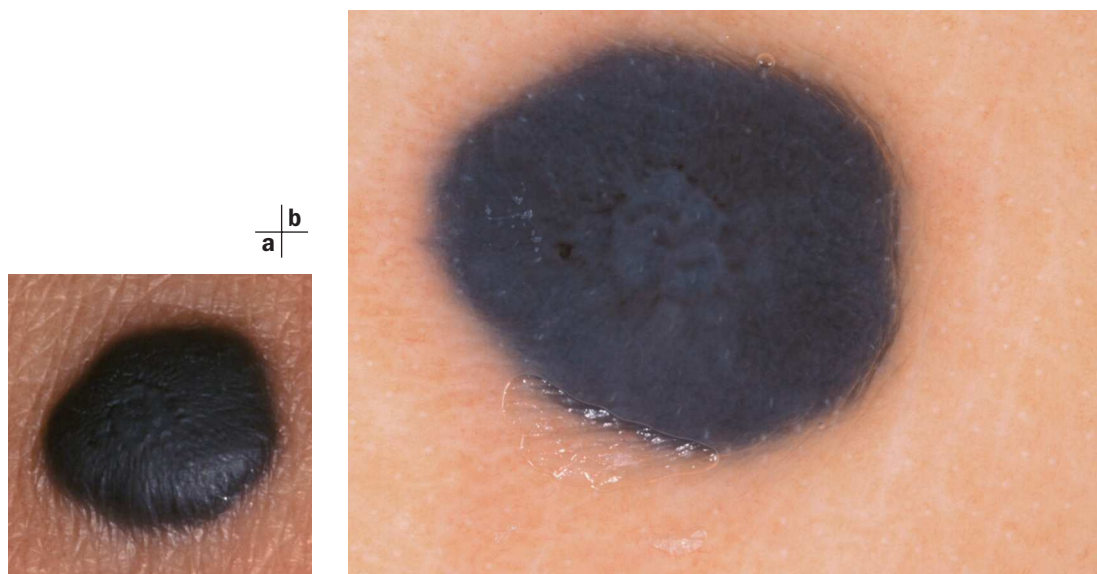


Figure 4.4
a. Image clinique d'un nœvus bleu. **b.** Image dermoscopique.
 Absence de réseau pigmenté, de stries ramifiées, de globules agrégés, etc. On retrouve en revanche la présence d'une zone bleue diffuse régulière et homogène qui remplit la totalité de la lésion (deuxième étape).
 Reproduit avec l'autorisation de Marghoob *et al.* *Atlas of dermoscopy*, New York, 2005.



Figure 4.5
a. Image clinique d'une kératose séborrhéique. **b.** Image dermoscopique.
 Pas de critère en faveur d'une lésion mélanocytaire ou d'un nœvus bleu. En revanche, présence de nombreux pseudokystes cornés et ouvertures pseudocomédoniennes ainsi qu'un arrêt très abrupt en périphérie (troisième étape).

giectasies), d'aspect en « feuille d'érable », de grands nids ovoïdes, de globules bleu-gris, de points bleu-gris multiples, d'aspect en roue dentée ou des ulcérations ?

Si l'on retrouve un de ces critères en l'absence d'un réseau pigmenté, il s'agit très probablement d'un carcinome basocellulaire (figure 4.6). On peut donc considérer que la lésion est d'origine non mélanocytaire. Toutefois, si l'on ne retrouve aucune de ces structures, on doit passer à l'étape 5.

Cinquième étape

Observe-t-on des globules rouges, rouge-bleu ou rouge-noir ?

Si l'on retrouve ces structures, la lésion doit être considérée lésion d'origine vasculaire (hémangiome, angiome ou angio-kératome), et est donc non mélanocytaire (figure 4.7). Si aucun des critères décrits

dans les étapes 1 à 5 n'a été retrouvé, on doit passer à la sixième et dernière étape.

Sixième étape

Dans cette étape le raisonnement se fait par exclusion, en l'absence de signe positif en faveur d'une lésion mélanocytaire, d'un nævus bleu, d'un carcinome basocellulaire, d'une kératose séborrhéique ou d'une lésion vasculaire la lésion doit également, comme à la première étape, être considérée comme possible-ment mélanocytaire. Il reste alors, avec l'un ou l'autre des outils algorithmiques du second niveau de décision à déterminer si la lésion est bénigne ou maligne. Cette stratégie de décision est guidée par le fait que l'on doit se placer dans le cadre d'une sécurité diagnostique maximum afin de ne pas risquer d'ignorer un éventuel mélanome (figure 4.8).

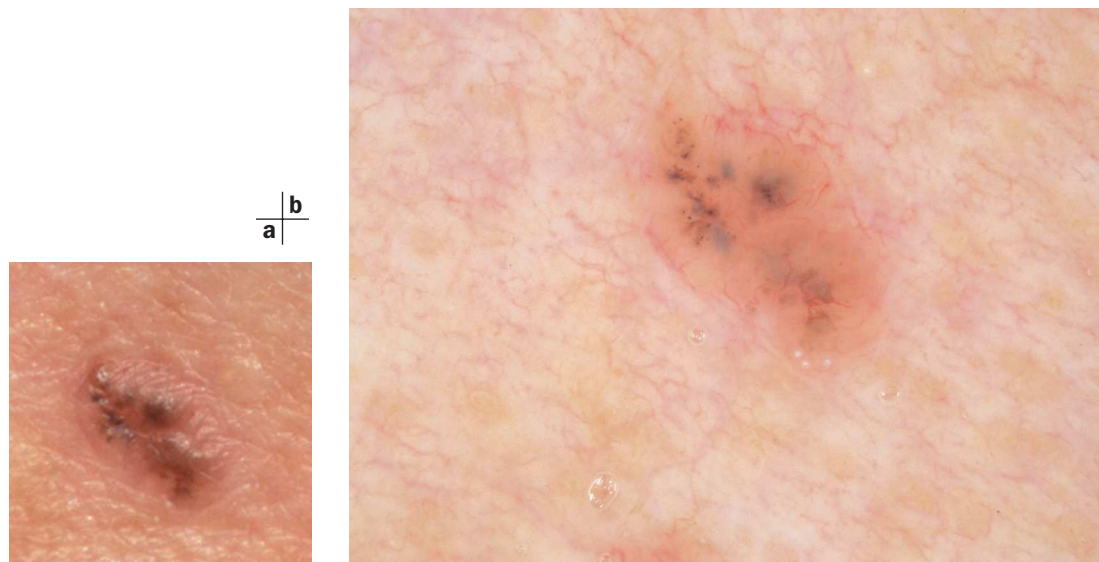


Figure 4.6

a. Image clinique d'un carcinome basocellulaire. **b.** Image dermoscopique.

Pas d'élément en faveur d'une lésion mélanocytaire, d'un nævus bleu ou d'une kératose séborrhéique, présence de plusieurs télangiectasies en forme de tronc d'arbre, multiples globules bleu-gris et quelques structures en forme de roue dentée (quatrième étape).



Figure 4.7

a. Image clinique d'un angiome. **b.** Image dermoscopique.

On ne retrouve aucun critère décrit dans les étapes précédentes. En revanche, on retrouve de nombreux globules rouge-violacé, ce qui témoigne de l'origine vasculaire de la lésion (cinquième étape).

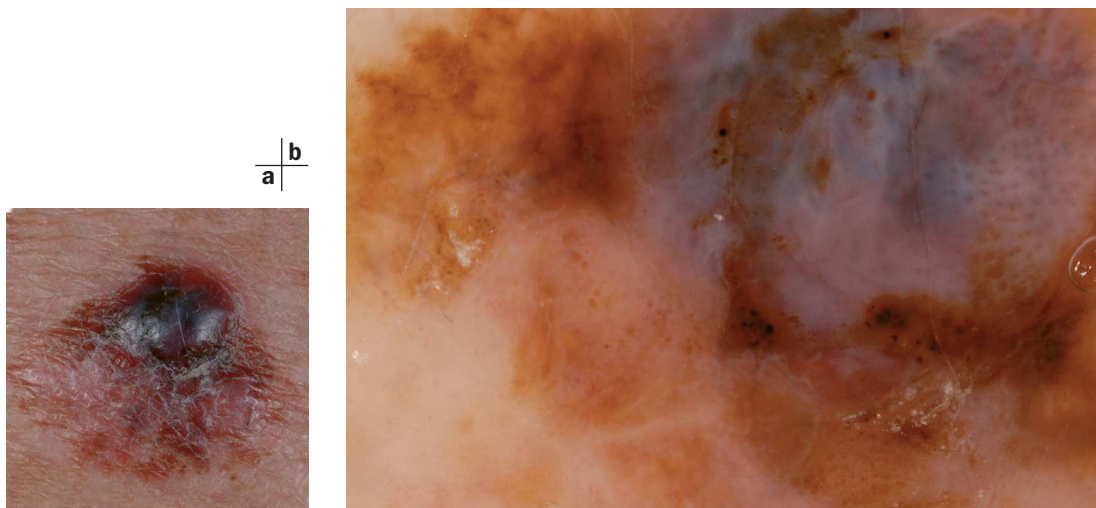


Figure 4.8

a. Image clinique. **b.** Image dermoscopique

On ne retrouve aucun critère correspondant aux étapes 1 à 5 et, par exclusion, on doit considérer la lésion comme d'origine mélanocytaire. Il s'agissait d'un mélanome de type inclassable (Breslow 1,6 mm Clark IV) (sixième étape).

SECOND NIVEAU DE DÉCISION : DÉTERMINER SI LA LÉSION EST BÉNIGNE, SUSPECTE OU MALIGNE

Une fois que la lésion a été identifiée d'origine mélanocytaire, soit sur des critères positifs au cours de l'étape 1 du précédent algorithme, soit sur des critères négatifs au cours de l'étape 6, on

doit procéder à la décision de niveau 2 afin de déterminer si la lésion est bénigne (pas d'exérèse, pas de nécessité de surveillance), suspecte (peut faire l'objet d'une exérèse ou, si le patient est compliant, d'une surveillance) ou maligne (devant faire l'objet d'une exérèse sans délai). Pour accomplir ceci, on doit utiliser les algorithmes décrits dans les chapitres suivants.

