

Coup double !

Élisabeth Lorier Roy

Associations Dermatologie Paris XV, APPD,
ADADA
lorier.elisabeth@orange.fr

Introduction

Le diagnostic précoce du mélanome est une préoccupation principale pour le dermatologue, et notamment le dermatologue libéral de premier recours.

L'incidence du mélanome est en augmentation en France, et dans les pays occidentaux de population majoritairement blanche, d'environ 3,5 % par an, mais la mortalité par mélanome reste stable ou n'augmente que très peu (chez les hommes) depuis une trentaine d'années [1]. Il existe donc une augmentation du nombre des cas de mélanomes dépités à un stade précoce.

La dermatoscopie (DSC) est une recommandation de grade A (méta-analyses en 2001 et 2008) pour permettre d'augmenter l'acuité diagnostique du dermatologue pour le mélanome [2, 3]. C'est un outil peu coûteux, mais la sémiologie DSC nécessite une pratique quotidienne et un apprentissage renouvelé pour être maîtrisée et pertinente.

Cas clinique

Pour illustrer ces données, nous rapportons l'observation d'une jeune femme de 36 ans, présentée au dernier congrès d'Antibes 2018 de la FFFCEDV.

Cette jeune femme de phototype clair, et porteuse d'un syndrome des nævus dysplasiques, dont le père a eu deux mélanomes de type SSM, présentait à l'examen clinique deux lésions particulières et suspectes, de par leurs aspects clinique et dermatoscopique :

1) D'une part une lésion du dos (lésion 1, aspect clinique : figures 1 et 2) constituée d'un nodule mou papillomateux exophytique type nævus de Unna, et d'une plage pigmentée plane à sa base, disposée asymétriquement par rapport au nodule.

L'examen dermatoscopique systématique mettait en évidence au niveau de la zone plane pigmentée (figure 3) un patron réticulé régulier, mais aussi et surtout un pattern de points brun foncé, multiples, à disposition périphérique notamment (signe en faveur d'une lésion extensive). Ces multiples points étaient de taille irrégulière, de disposition irrégulière, disposés à la fois *sur* et *en dehors* des mailles du réseau réticulé (figure 4).



Figure 1. Lésion 1, aspect clinique.

2) D'autre part, une lésion pigmentée de l'épaule gauche (lésion 2, aspect clinique : figures 5 et 6) de 15 mm de grand axe (la plus grande lésion pigmentée de la patiente), à contours un peu anguleux, de forme grossièrement hexagonale.

En dermatoscopie (figure 7), on observait un patron globulaire prédominant, avec quelques irrégularités de couleur et de forme des globules, mais surtout un *réseau inversé*, avec des lignes blanches se croisant avec des angles, réseau inversé inhomogène, et enfin un fond rose laiteux, plus marqué que celui de ses autres nævus, avec quelques vaisseaux en points, et quelques vaisseaux linéaires irréguliers.

Sur ces deux principaux critères dermatoscopiques, le pattern de points atypiques de la lésion 1, et le réseau inversé de la lésion 2, en association bien entendu avec le contexte clinique, ces deux lésions pigmentées étaient enlevées au cabinet.

L'examen anatomo-pathologique (Dr Laure Pinquier) mettait en évidence pour la lésion 1 un mélanome de type SSM intra-épidermique en bordure d'un nævus

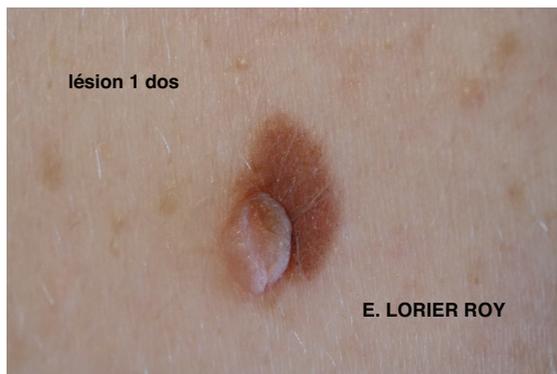


Figure 2. Lésion 1, aspect clinique.

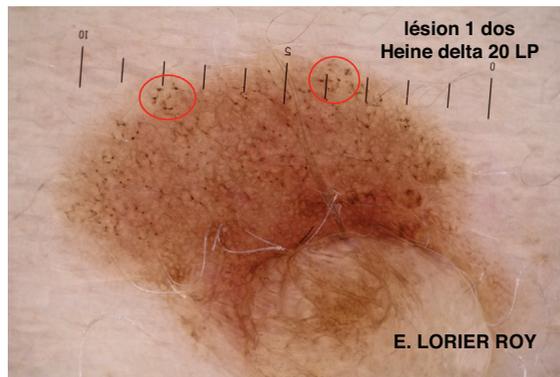


Figure 3. Lésion 1, dos, dermatoscopie Heine delta 20 lumière polarisée (LP) Pattern de points irréguliers à disposition périphérique (cercles rouges).

nævocellulaire dermique bénin préexistant, et pour la lésion 2 un mélanome de type SSM, de 0,35 mm d'indice de Breslow.

La patiente était prise en charge en RCP à l'hôpital Tarnier-Cochin à Paris, et les deux reprises effectuées à 1 cm. Une étude familiale oncogénétique est en cours.

Discussion

Le pattern de points comme critère de mélanome

Les points sont normaux s'ils sont positionnés *sur* les mailles du réseau réticulé pigmenté (histologiquement en regard des crêtes épidermiques).

Par contre, c'est un critère dermatoscopique de mélanome (et l'un des neuf indices de malignité de l'algorithme « CHAOS and CLUES ») s'ils sont noirs ou foncés, et disposés en périphérie de la lésion (H. Kittler, C. Rosendahl).

Pour d'autres auteurs, se rajoutent l'irrégularité de couleur des points, et leur distribution inhomogène, et en amas (G. Argenziano, A. Marghoob, S. Menzies).

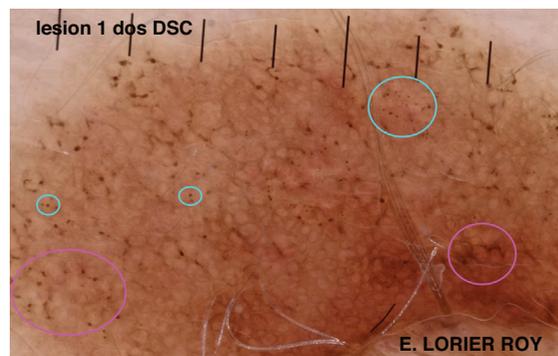


Figure 4. Lésion 1 dos, dermatoscopie, Heine delta 20 LP, points brun foncé de disposition irrégulière sur (cercles roses) et en dehors des mailles du réseau (cercles bleus).

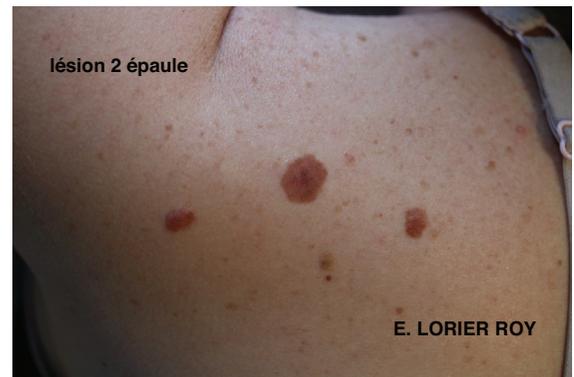


Figure 5. Lésion 2, aspect clinique.

Sur la *figure 8*, histologie de la lésion 1 du dos, mélanome *in situ*, on peut mettre en évidence la correspondance entre la vision DSC horizontale, et la coupe histologique verticale (Dr L. Pinquier). On y voit en effet la migration pagétoïde de thèques mélanocytaires, en regard d'une papille dermique, ce qui correspond (flèches bleues) aux points observés en DSC, *entre* les mailles du réseau réticulé.

Le réseau inversé comme critère de mélanome

Le réseau inversé (RI), ou dépigmentation réticulée, se définit comme un réseau de lignes blanches (plus blanches que la peau normale) entourant des espaces plus foncés, soit de couleur brune (RI de type A), ou de couleur rouge ou rose, vasculaire (RI de type B).

Lorsque le réseau inversé est régulier, de distribution homogène et symétrique, il est bénin, et s'observe principalement dans certains histiocytofibromes et dans certains nævus de Spitz, parfois dans quelques nævus de type congénital (et très occasionnellement dans différentes autres lésions).

Mais c'est un indice de mélanome, si le RI est en position périphérique, et/ou de disposition irrégulière.



Figure 6. Lésion 2, aspect clinique.



Figure 7. Lésion 2 épaule, dermatoscopie Heine delta 20 LP, réseau inversé inhomogène.

La spécificité de cet indice est alors élevée, estimée à 95 % pour A. Marghoob, 77,4 % pour Pizzichetta *et al.* [4]

Sa sensibilité a été évaluée à 27 % dans une étude de 401 mélanomes consécutifs (hors visage et acro-lentigineux) [5]. Dans cette même étude, les auteurs retrouvaient 7 % des mélanomes avec un RI sur plus de la moitié de leur surface, et le plus souvent sans autre signe de mélanome, ce qui était le cas de la lésion 2 de l'épaule de notre patiente.



Figure 9. Image histologique de la lésion 2.

Il existe deux interprétations histologiques pour le RI : soit il s'agit d'une fibrose du derme papillaire superficiel, soit le RI correspond à une elongation et à un amincissement des crêtes épidermiques avec des papilles dermiques élargies, occupées par de grandes thèques de mélanocytes.

Là aussi il existe une correspondance possible entre le RI dermatoscopique observé et l'image histologique de la lésion 2 (*figure 9*) avec de grandes

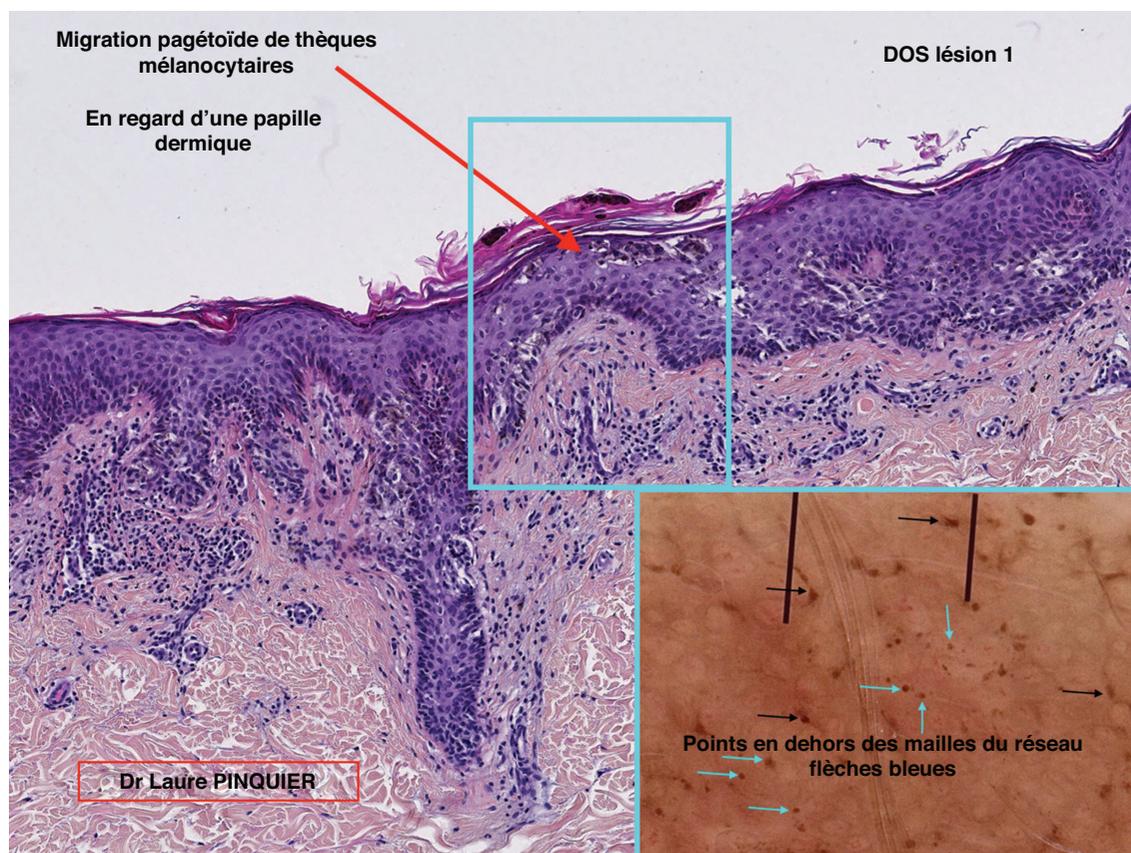


Figure 8. Lésion 1 dos, correspondance entre la DSC (points, flèches bleues, entre les mailles du réseau) et histologie (migration pagétoïde des mélanocytes en regard d'une papille dermique, flèche rouge).

thèques mélanocytaires au sein de papilles dermiques élargies, entourées de crêtes épidermiques allongées.

Ce sont ces deux critères dermatoscopiques qui ont été décisifs et ont conduit à l'exérèse des deux lésions.

On peut par ailleurs noter, pour la lésion 2 de l'épaule, sa forme géométrique, qui même quand elle est incomplète, ainsi que les angles des bords d'une lésion pigmentée, sont des signes cliniques significativement associés au mélanome [6].

Conclusion

Les « coups doubles » ne sont pas exceptionnels en dermatologie, avec la détection de parfois deux, voire trois mélanomes le même jour pour un même patient.

Il ne faut donc pas se laisser bernier par un premier mélanome évident, ni par une lésion clinique banale, et l'examen dermatoscopique systématique complet est de ce point de vue bien utile.

À l'heure des nouvelles thérapies du mélanome métastatique, des futurs traitements adjuvants et de leur coût, il apparaît utile d'insister sur l'importance du dépistage précoce du mélanome, sur l'aide

diagnostique apportée par la dermatoscopie, et sur la sensibilisation du public ainsi que de nos collègues généralistes, pour bien cibler les populations à risque, et promouvoir l'autodépistage. 

Remerciements : Laure Pinquier, Jean-Yves Gourhant, Pascale Huet, Marie-Hélène Jégou.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références :

- 1- Ribassin-Majed L, Le Teuff G, Hill C. La fréquence des cancers en 2016 et leur évolution. *Bull Cancer* 2017 ; 104 (1) : 20-9.
- 2- Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE, Menzies SW. Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting. *Br J Dermatol* 2008 ; 159 (3) : 669-76.
- 3- Bafounta ML, Beauchet A, Aegerter P, et al. Is dermoscopy (epiluminescence microscopy) useful for the diagnosis of melanoma? *Arch Dermatol* 2001 ; 137 : 1343-50.
- 4- Pizzichetta MA, Talamini R, Marghoob AA, et al. Negative pigment network: an additional dermoscopic feature for the diagnosis of melanoma. *J Am Acad Dermatol* 2013 ; 68 (4) : 552-9.
- 5- Bassoli S, Ferrari C, Borsari S, Giusti F, Magnoni C, Pellacani G, Seidenari S. Negative pigment network identifies a peculiar melanoma subtype and represents a clue to melanoma diagnosis: a dermoscopic study of 401 melanomas. *Acta Derm Venereol* 2013 ; 93 (6) : 650-5.
- 6- Betti R, Vergani R, Agape E, Menni S. Angles and geometric shapes, but not lines, in melanocytic lesions may be helpful in the clinical diagnosis of melanoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015 ; 29 (7) : 1432-4.