

La dermoscopie du mélanome de type lentigo malin (« *Mélanome de Dubreuilh* »)

Simon Claveau, Joël Claveau

DANS **DERMATO MAG 2021/N° Supp 2 Vol. 9** , PAGES 28 À 32
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 2271-8273

ISBN 0000000000000

DOI 10.1684/dm.2021.415

Date de mise en ligne : 16/09/2024

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-dermato-mag-2021-HS2-page-28?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

La dermoscopie du mélanome de type lentigo malin (« Mélanome de Dubreuilh »)

Simon Claveau¹
Joël Claveau²

¹ BSc, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, QC, Canada

² MD, FRCPC, Service de dermatologie, CHU de Québec, Université Laval, Québec, QC, Canada
joel.claveau@videotron.ca

Le mélanome *in situ* de type lentigo malin (LM) a initialement été décrit par Hutchinson (*Hutchinson's melanotic freckle*) et Dubreuilh (*lentigo malin des vieillards*) il y a plus de 100 ans [1]. Bien qu'il ait porté différents noms au cours des années, on reconnaît aujourd'hui le terme « lentigo malin » comme un mélanome *in situ* se développant sur une peau chroniquement endommagée par le soleil. On utilise la mention LM seule lorsque la lésion est confinée à l'épiderme en comparaison avec la mention lentigo malin mélanome (LMM) lorsqu'elle envahit le derme. Au niveau épidémiologique, l'incidence annuelle est en constante augmentation avec une topographie qui favorise les latitudes plus au sud [1, 2]. L'exposition aux rayons UV est reconnue comme le principal facteur de risque.

Il est plus fréquemment observé chez la personne âgée, dans les zones exposées de façon chronique au soleil (visage et cou) [1, 3]. Le site de prédilection est la joue alors que les autres sites fréquents, surtout chez les hommes, sont le nez et les oreilles. On peut plus rarement le retrouver en dehors du visage, par exemple sur le tronc ou les membres. Cliniquement, il s'agit généralement d'une macule ou tache brunâtre, inhomogène dont la croissance est lente et progressive avec une bordure mal délimitée. Le diagnostic différentiel de cette lésion inclut principalement le lentigo solaire, la kératose actinique pigmentée, la kératose séborrhéique plane et la kératose lichénoïde bénigne.

Wilhelm Stolz et son équipe ont été les premiers à décrire les signes dermoscopiques du mélanome de type lentigo malin [4, 5]. Cela a permis d'améliorer de façon significative la détection précoce de cette lésion qui constitue un défi diagnostique. La *figure 1* tirée de l'article par Stolz *et al.* [5] en résume les principales observations.

Comme éléments fondamentaux, tel qu'observé plus haut, soulignons le pseudo-réseau mélanocytaire inhomogène avec la granularité autour des

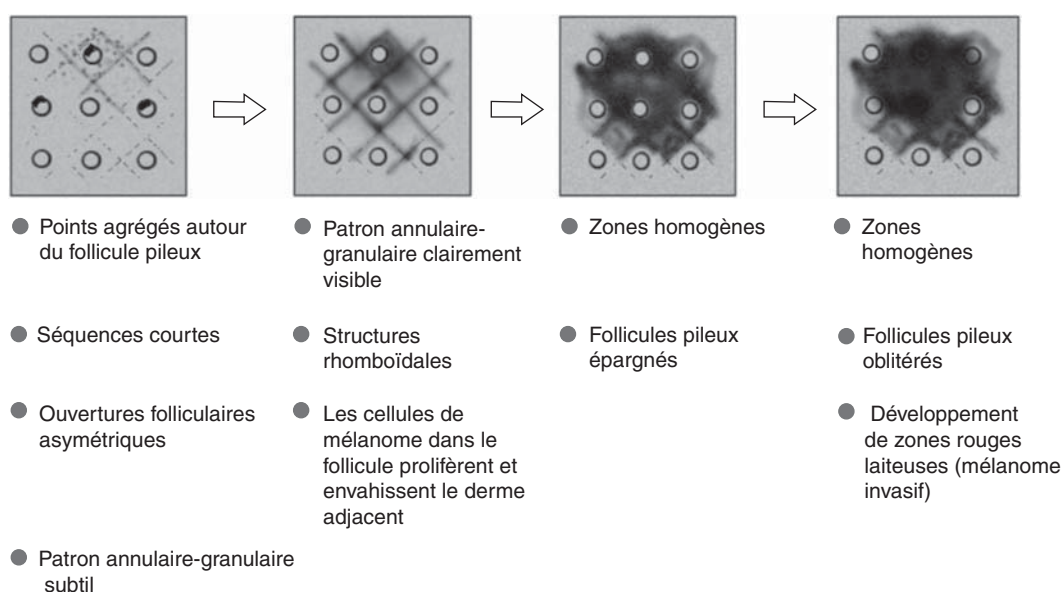


Figure 1. Critères diagnostiques dermoscopiques du lentigo malin et du lentigo malin mélanome au visage selon un modèle de croissance progressif (d'après Stolz *et al.* [5]).



Figure 2. Lentigo malin précoce.



Figure 4. Lentigo malin plus avancé.

follicules, un patron annulaire-granulaire et les ouvertures folliculaires grisâtres asymétriques (figures 2 et 3). On retrouve ensuite les lignes polygonales qui forment des « zig-zag », des formations rhomboïdes et le patron « cercle dans un cercle » (figures 4 et 5). Finalement, en fin de parcours il est fréquent d'observer des zones homogènes où l'ouverture des follicules peut être préservée ou oblitérée (figures 5 et 6).

Subséquentement, le groupe de Luc Thomas *et al.* [6] a publié une série de 125 patients avec LM et LMM, où ils décrivent de nouveaux signes dermoscopiques, en plus de confirmer la valeur diagnostique des signes classiques de Stoltz [4, 5]. Les nouveaux signes incluent quatre entités, soit une augmentation de densité du réseau vasculaire, des formations

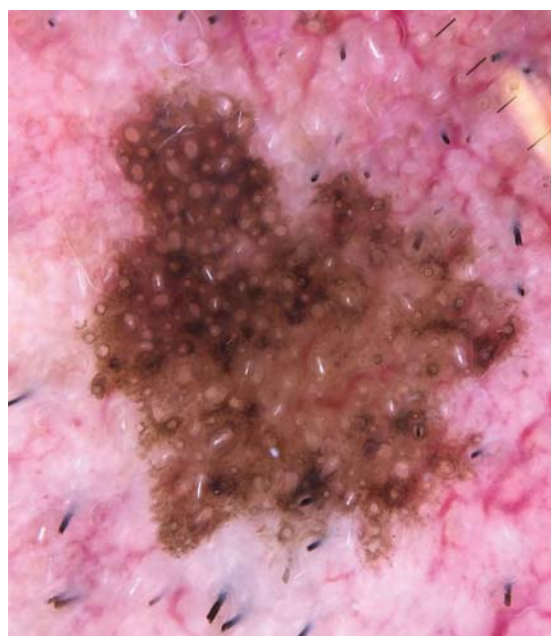


Figure 5. Lignes polygonales (« zig-zag »), formations rhomboïdes et « cercles dans les cercles ».



Figure 3. Pseudo-réseau irrégulier, patron annulaire-granulaire, formations rhomboïdes.

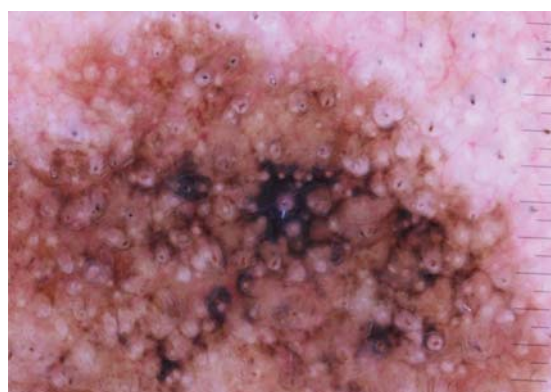


Figure 6. Oblitération des orifices pileux, zones homogènes et coloration grise.

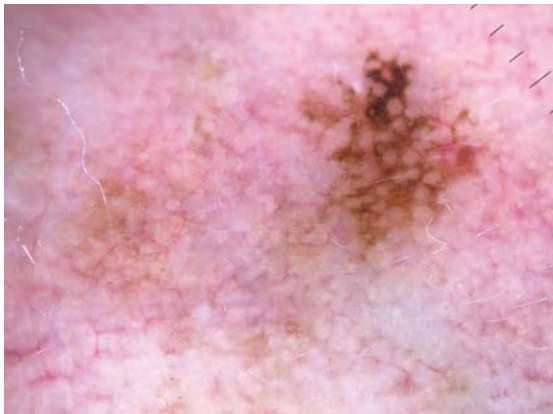


Figure 7. Perte partielle du pseudo-réseau avec formations rhomboïdes rouges du lentigo malin hypopigmenté.

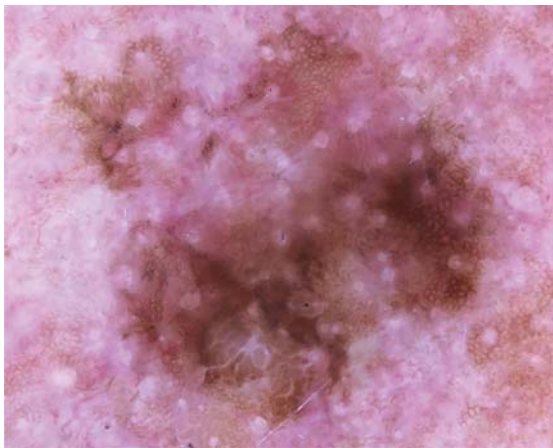


Figure 8. Perte partielle du pseudo-réseau, vaisseaux anormaux et stries blanchâtres brillantes.



Figure 9. Lentigo malin mélanome avec composante invasive.

rhomboïdes rouges, des zones en cible et l'assombrissement des couleurs brune et grise à l'examen dermoscopique (figures 7 à 10). Les deux premiers signes sont d'étiologie vasculaire, originant probablement d'une néovascularisation tumorale. Ils sont d'autant plus pertinents cliniquement puisqu'ils se retrouvent dans plus de 40 % des cas et qu'ils peuvent prédire la présence de formes plus invasives dans le cas des formations rhomboïdes rouges. Parallèlement, la présence d'un nombre élevé de couleurs serait corrélée à un indice de Breslow supérieur [6,7]. Les signes classiques des mélanomes à extension superficielle comme le réseau inversé et le voile bleuté-grisâtre peuvent être présents mais plus rares (figures 10 et 11).



Figure 10. Régression significative avec perte de pigment, réseau inversé et vaisseaux hétérogènes.

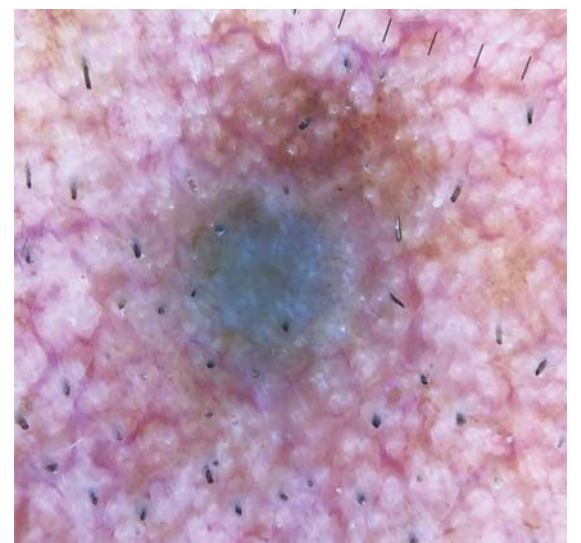


Figure 11. Zone bleutée homogène témoignant de l'invasion.

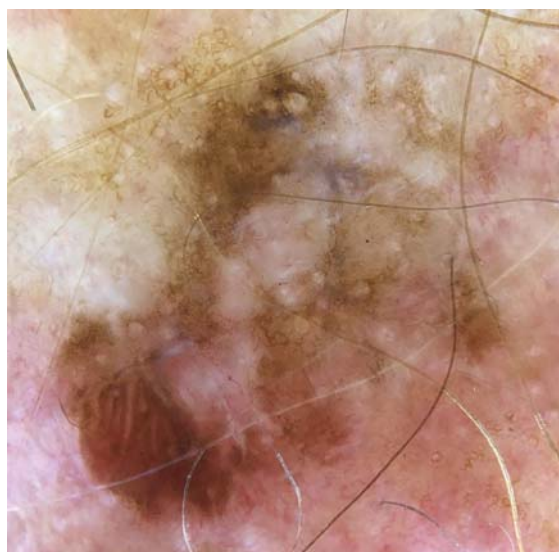


Figure 12. Pseudo-réseau anarchique avec régression, coloration grisâtre et vaisseaux anormaux.

Plus récemment, une étude par Tiodorovic-Zivkovic *et al.* [2] qui rassemblait 200 patients en s'intéressant à l'influence de l'âge, du genre et de la topographie sur l'apparence du LM, a montré un facteur primordial. En effet, chez plus de 88 % des sujets, la couleur grise est ressortie comme étant le critère diagnostique le plus prévalent (*figures 11 et 12*), et ce indépendamment des patrons dermoscopiques spécifiques déjà reconnus. Il s'agit donc d'un facteur important à reconnaître bien que non spécifique qui devrait orienter rapidement le clinicien vers une biopsie.

Certains auteurs ont plus récemment proposé l'utilisation du terme « *mélanome en zone chroniquement photoexposée* » [8]. L'article de Jaimes *et al.* décrit 181 cas de mélanomes extra-faciaux et en fait une analyse clinique et dermoscopique. De façon intéressante, le LM était le sous-type histologique le plus fréquemment observé (plus de 40 % des cas). Au niveau dermoscopique, la granularité ou « *peppering* » était le patron le plus commun (67 %) suivi des lignes angulées (44 %). Les structures vasculaires étaient un autre patron fréquemment rencontré dans les formes invasives seulement (56 %). Les autres éléments incluaient notamment les îlots périphériques pigmentés irréguliers, les points agrégés et le réseau pigmentaire atypique (*figures 13 à 16*).

En conclusion, la dermoscopie joue un rôle crucial dans le diagnostic et la prise en charge du LM à plusieurs niveaux. En effet, cet outil indispensable permet d'augmenter le degré de suspicion du clinicien grâce aux critères de Stolz, aux critères vasculaires et à la présence de la couleur grise. Elle aide aussi à différencier le LM des lésions bénignes



Figure 13. Mélanome *in situ* en zone photoexposée.



Figure 14. Îlot périphérique pigmenté et perte partielle de réseau.



Figure 15. Mélanome *in situ* en zone photoexposée.

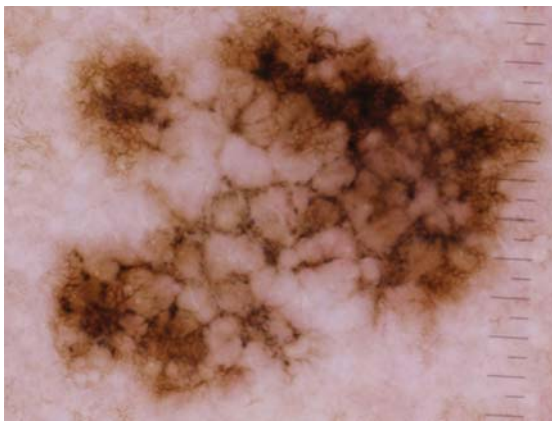


Figure 16. Pseudo-réseau très irrégulier avec formations anguleuses.

qui ont les mêmes sites de prédilection comme le lentigo solaire et la kératose séborrhéique plane. Finalement, la dermoscopie nous permet également de guider notre biopsie partielle vers des zones plus

suspectes en plus de nous aider à délimiter la lésion avant l'exérèse chirurgicale.

Points clés :

- Signes classiques du Dubreuilh décrits par Stolz *et al.* (2000).
- Signes vasculaires décrits par Thomas *et al.* (2012).
- Importance de la couleur grise (Argenziano 2013).
- Signes du mélanome en zone photoexposée (extra-facial) décrits par James *et al.* (2015).

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références :

- 1- Smalberger GJ, Siegel DM, Khachemoune A. Lentigo maligna. *Dermatol Ther* 2008 ; 21 (6) : 439-46.
- 2- Todorovic-Zivkovic D, Argenziano G, Lallas A, *et al.* Age, gender, and topography influence the clinical and dermoscopic appearance of lentigo maligna. *J Am Acad Dermatol* 2015 ; 72 (5) : 801-8.
- 3- Holman CDJ, Mtione CD, Armstrong BK. Epidemiology of pre-invasive and invasive malignant melanoma in Western Australia. *Int J Cancer* 1980 ; 25 : 317-23.
- 4- Schiffner R, Schiffner-Rohe J, Vogt T, *et al.* Improvement of early recognition of lentigo maligna using dermoscopy. *J Am Acad Dermatol* 2000 ; 42 (1 Pt 1) : 25-32.
- 5- Stolz W, Schiffner R, Burgdorf WH. Dermatoscopy for facial pigmented skin lesions. *Clin Dermatol* 2002 ; 20 (3) : 276-8.
- 6- Pralong P, Bathelier E, Dalle S, Poulalhon N, Debarbieux S, Thomas L. Dermatoscopy of lentigo maligna melanoma: report of 125 cases. *Br J Dermatol* 2012 ; 167 (2) : 280-7.
- 7- Stante M, De Giorgi V, Cappugi P, *et al.* Non-invasive analysis of melanoma thickness by means of dermoscopy: a retrospective study. *Melanoma Res* 2001 ; 11 : 147-52.
- 8- Jaimes N, Marghoob AA, Rabinovitz H, *et al.* Clinical and dermoscopic characteristics of melanomas on nonfacial chronically sun-damaged skin. *J Am Acad Dermatol* 2015 ; 72 (6) : 1027-35.

Télécharger le document sur <https://stm.cairn.info/> (IP: 216.73.216.179)