

Érythème au dermoscope

par la D^{re} Camille DUBUS*

* Médecin généraliste
1970 Wezembeek-Oppeem
camille.dubus93@gmail.com

L'auteur déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Madame L. est envoyée par sa petite-fille car elle présente une petite zone érythémateuse et rugueuse au toucher depuis quelques mois sur sa joue gauche. La dermatologue avait déjà traité la lésion par cryothérapie, sans amélioration.

La patiente n'a pas d'antécédents médicaux particuliers. Il n'y a pas non plus d'antécédents familiaux de cancers cutanés. Elle est consciente des dangers d'une exposition prolongée au soleil et se protège des UV.

Je décide de sortir mon dermoscope pour observer la lésion de plus près.

Quelle est votre hypothèse diagnostique ?

Quelle prise en charge proposez-vous ?

ABSTRACT

Case of a patient presenting with a crusty lesion on the cheek, corresponding to actinic keratosis. The criteria for identifying the lesion with a dermoscope will be discussed, as well as the treatment options.

Keywords: actinic keratosis, dermoscopy.

RÉSUMÉ

Cas d'une patiente présentant une lésion croûteuse sur la joue, correspondant à une kératose actinique. Les critères d'identification de la lésion au dermoscope seront abordés, ainsi que les options de traitement.

Mots-clés : kératose actinique, dermoscopie.



Réponse

L'image au dermoscope confirme bien mon diagnostic : il s'agit d'une kératose actinique ou kératose solaire.

Leur présentation classique est une papule grise associée à une base érythémateuse. La lésion présente souvent des squames blanches à jaunes, donnant un toucher rugueux, ce qui facilite parfois le diagnostic. Elles peuvent cependant parfois être hypertrophiques, pigmentées, lichénoïdes ou atrophiques. Il existe également la chéleite actinique, qui est caractérisée par des squames et une rugosité de la partie vermillon de la lèvre inférieure.

Les kératoses actiniques apparaissent dès 60 à 70 ans. Elles sont favorisées par une exposition solaire chronique ou répétée et sont prédominantes sur les zones photo-exposées, principalement au niveau du visage, du crâne et du décolleté.

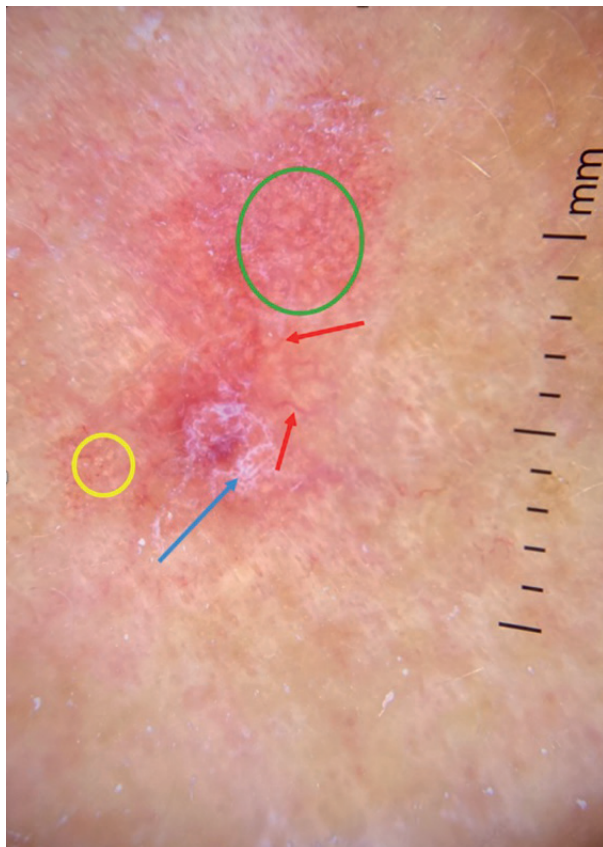
Souvent multiples, elles sont régulièrement associées à de l'héliodermie. Considérées comme précancéreuses, leur risque de dégénérescence en carcinome spinocellulaire est relativement faible, de l'ordre de 1 % par an et par kératose actinique. Seules les kératoses actiniques hyperkératosiques, c'est-à-dire celles en relief présentant une squame ou une corne cutanée de kératine, dégénèrent plus rapidement.

Les facteurs de mauvais pronostic des kératoses actiniques sont les suivants :

- forme hypertrophique ;
- patient immunodéprimé ;
- localisation au niveau des lèvres.

Devant une lésion sensible, épaisse ou volumineuse, enflammée et ne répondant pas au traitement approprié, il faut envisager une biopsie. En effet, ces éléments sont des indices de progression vers un carcinome spinocellulaire invasif.

Les kératoses actiniques correspondent histologiquement à une prolifération de la partie inférieure de l'épiderme de kératinocytes anormaux. Lorsque la kératose actinique se transforme en carcinome spinocellulaire in situ, les kératinocytes atypiques occupent toute une portion de l'épiderme (sans invasion du derme).



L'aspect dermoscopique est caractéristique par son aspect « en fraise », la présence de squames et de rosettes.

L'aspect en fraise est caractérisé par un fond érythémateux suite à une réaction inflammatoire locale, avec présence de follicules pileux qui apparaissent dilatés, parfois remplis de kératine, formant des petits points blancs. Cet aspect est présent chez 70 % des kératoses actiniques. Les follicules pileux peuvent parfois être entourés par un halo blanchâtre qui leur donne un aspect en cible. Les rosettes sont comme des petits trèfles à 4 feuilles, 4 points blancs brillants visibles en lumière polarisée. L'explication de l'apparition des rosettes n'est pas clairement établie, elles apparaissent sans doute lors d'une interaction entre la lumière polarisée et l'ouverture des annexes remplis de kératine ou fibrotiques. Le signe est présent dans 50 % des kératoses actiniques mais peut également être vu à l'examen dermoscopique de carcinomes épidermoïdes, carcinomes basocellulaire, sur peau héliodermique, sur kératoses séborrhéiques. Les squames sont blanches ou jaunâtres et brillantes.

Cercle jaune, rosette, typique, en forme de trèfle. Zone encadrée de vert en pattern en fraise. La flèche bleue indique une hyperkératose. Les flèches rouges pointent des microvaisseaux, qui ne sont pas caractéristiques de la kératose actinique.

Le traitement des kératoses actiniques est le plus souvent local, par cryothérapie. Chez ma patiente, j'ai essayé l'utilisation du cryopen une dernière fois et la lésion a rapidement disparu.

Pour des lésions uniques ou pour un nombre limité de lésions, on préférera des traitements localisés comme la cryothérapie. Pour des lésions nombreuses et étendues, on privilégiera un traitement par champs comme le 5-fluoro-uracile (Efudix®). Le 5-fluoro-uracile s'applique, selon le dosage de la crème, 1 ou 2 fois par jour pendant 2 à 4 semaines. La photosensibilité entraînée est parfois sévère. Il faut prévenir le patient de l'importante réaction inflammatoire attendue et normale, avec parfois l'apparition d'érosions superficielles. La cicatrisation survient généralement 2 semaines après l'arrêt du traitement.

D'autres traitements comme l'imiquimod ou le diclofénac (gel à 3% à appliquer 2 fois par jour pendant 90 jours) sont également possibles⁽²⁾.

La prévention par éviction des expositions solaires reste le meilleur des médicaments!

Bibliographie

1. Cours de Dermoscopie donné par la D^{re} Evelyne Harkemanne, UCLouvain 2022.
2. Bolognia J, Schaffer J, Duncan K, Ko C. Section 18: Néoplasies cutanées dans: Bolognia J, Schaffer J, Duncan K, Ko C. Dermatologie: l'essentiel p. 858-862.
3. Cinotti E, Labeille B, Cambazard F et al. Aspect en dermatoscopie et microscopie confocale in vivo des kératoses actiniques. Consulté le 19/09/24 sur <https://www.dermatologie-pratique.com/journal/article/0015147-aspect-en-dermatoscopie-et-microscopie-confocale-vivo-des-keratoses>.
4. Haspestagh M, Noë M, De Wispelaere I et al. Rosettes and other white shiny structures in polarized dermoscopy: histological correlate and optical explanation. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016 Feb; 30 (2): 311-3. doi: 10.1111/jdv.13080.