

HEINE QUALITY
MADE IN GERMANY



PRÉCIS DE DERMATOSCOPIE



Présentation des dermatoscopes HEINE

LED^{HQ}

LED NOW IN HEINE QUALITY.



DELTA 20T



NC1



mini3000 LED



iC1

	Grossissement			
Grossissement	10 – 16x	6 – 9x	10x	40x* (numérique)
	Éclairage			
LED ^{HQ}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonction « Toggle »**	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Type d'examen			
Polarisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Immersion	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sans contact		<input type="checkbox"/>		
	Taille des instruments			
Professionnelle	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Compacte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Source de courant disponible			
Pile 2,5V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Batterie rechargeable 2,5V		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Batterie rechargeable 3,5V	<input type="checkbox"/>			installé de façon permanente
	Accessoires			
Embout de contact avec graduation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embout de contact sans graduation	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Petit embout de contact	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Possibilités d'archivage numérique	Adaptateur Photo SLR			iPhone® 7, 6/6s, 5/5s, SE et iPod® touch 6ème génération***

* avec iPhone 6s, SE et 7

** Basculement aisé de la vision polarisée à la vision non polarisée par un simple appui sur une touche.

*** iPhone et iPod sont des marques déposées de d'Apple Inc., déposée aux États-Unis et dans d'autres pays.

Dermatoscopie de lésions pigmentées et non pigmentées

Instructions

Andreas Blum, Herwig Swoboda et Rainer Hofmann-Wellenhof

Dans ces instructions, les caractéristiques essentielles de la dermatoscopie sont présentées et mises à jour conformément à la littérature sur le sujet. Ce document est basé sur la première série d'instructions présentée par le Professeur Stolz. Toutes les images présentées ont été rééditées. L'adaptateur photo HEINE SLR, ainsi que le dermatoscope DELTA20 Plus ou dermatoscope DELTA20 T ont été utilisés pour la photographie.

Remarques importantes pour l'utilisateur/l'utilisatrice

Les connaissances médicales sont en perpétuelle évolution grâce à la recherche et aux expériences cliniques. Les auteurs de ce document ont apporté une attention particulière à ce que les indications diagnostiques écrites dans celui-ci correspondent au niveau actuel des connaissances.

Cela ne dispense cependant pas l'utilisateur/l'utilisatrice de son devoir de vérification à l'aide d'autres sources d'informations écrites actuelles, pour savoir si les indications données dans celles-ci diffèrent de celles du présent document. L'utilisateur/l'utilisatrice décide de la classification et des diagnostics de tumeurs de la peau et les lésions sous sa propre responsabilité.

Constance/Allemagne et Graz/Autriche, Juillet 2013

Texte original en allemand, traduction par thebigword.

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	04
2. Appareils de Dermatoscopie	05
3. Méthodologie et critères dermatoscopiques dans le cadre de l'examen	08
3.1. Algorithme de différenciation entre des tumeurs de la peau mélanocytaires et non-mélanocytaires	08
1. Étape	09
2. Étape	13
3. Étape	21
3.2. Couleurs	23
3.3. Autres critères de diagnostic	24
4. Différenciation de tumeurs de la peau bénignes ou malignes	25
4.1. La « Règle AC »	25
4.2. La règle AC et autres remarques (« clues »)	26
4.3. Notre règle personnelle	26
5. Ouvrages de référence	34

1. Introduction

L'incidence annuelle des mélanomes, des carcinomes basocellulaires et des carcinomes épidermoïdes est en augmentation constante, ce qui a entraîné que les tumeurs de la peau malignes chez les personnes à la peau claire (type I – III selon Fitzpatrick), sont désormais les tumeurs malignes les plus fréquentes chez les hommes comme les femmes. La détection précoce des mélanomes diminue particulièrement la mortalité, pour les carcinomes basocellulaires la morbidité et pour les carcinomes épidermoïdes plus la morbidité que la mortalité. Le développement, l'utilisation, la diffusion étendue et la recherche en dermatoscopie ont largement contribué à la détection précoce et ainsi à l'amélioration des pronostics en cas de tumeurs de la peau malignes. En outre, le taux des excisions inutiles des tumeurs de la peau bénignes a largement baissé. La documentation des images dermatoscopiques n'est pas utile que pour la communication avec les patients et les histopathologistes, mais constitue également un composant essentiel du suivi, de la recherche et de l'apprentissage.

Ces instructions ont pour but de transmettre des connaissances de base solides dans le domaine de la dermatoscopie, ainsi que de communiquer sur une méthode structurée pour la pose de diagnostic sur des lésions pigmentées et non pigmentées. Ce n'est que grâce à une interaction continue avec les patients, à une corrélation des images dermatoscopiques avec l'histologie des tumeurs de la peau excisées ainsi qu'à une participation à des manifestations de formation continue que l'utilisateur peut acquérir les fondamentaux nécessaires et une maîtrise accrue de l'utilisation d'un dermatoscope.

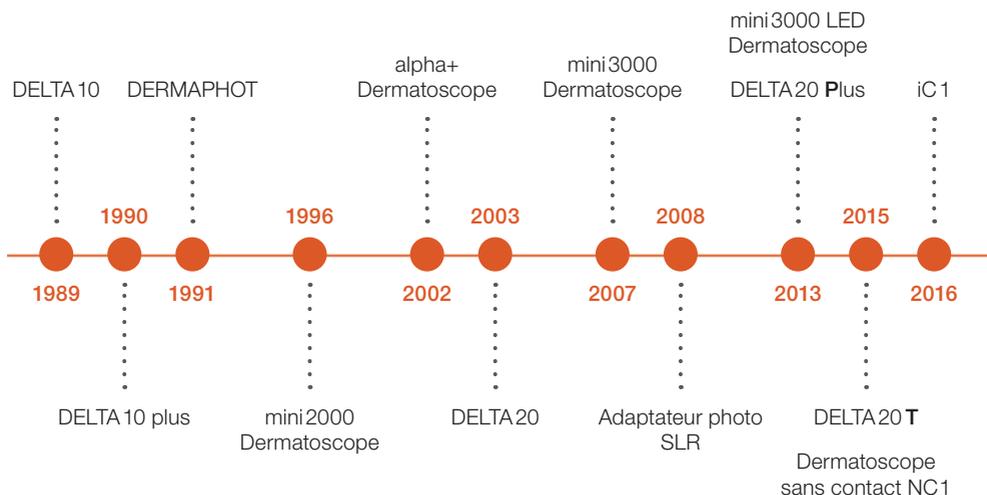
2. Appareils de dermatoscopie

Les différents dermatoscopes de HEINE Optotechnik sont des microscopes luminescents maniables, robustes et fiables avec un grossissement d'environ 10–16 fois, avec ou sans technique de polarisation, qui sont parfaitement adaptés à l'examen quotidien de lésions pigmentées et non pigmentées et d'autres apparitions d'indication. Le dermatoscope est aujourd'hui un auxiliaire essentiel et très utile aux dermatologues afin de poser leur diagnostic dans le cadre de leur travail clinique.

Lors de l'utilisation avec un liquide d'immersion, la lésion est évaluée à travers l'embout de contact, avec le dermatoscope éclairé. Les liquides d'immersion adaptés sont des agents de désinfection de la peau, l'alcool isopropylique, le gel à ultrason ou une huile de dermatoscopie. Des alcools qui ont une action microbicide, ont l'avantage d'avoir également un effet désinfectant lors de leur utilisation. Pour le DELTA20 Plus avec filtre de polarisation, en principe, aucun liquide d'immersion n'est nécessaire, mais peut être utile pour les tumeurs de la peau mélanocytaires et/ou vascularisées.

Avec certains dermatoscopes tels que le DELTA20 T, il est possible en appuyant sur une touche de basculer entre le mode d'éclairage polarisé et le mode non polarisé. L'aller-retour entre les modes d'éclairage permet lors de l'observation des structures et milieux cristallins de reconnaître ce que l'on nomme les « Blink Signs ». Pour le DELTA20 T, aucun liquide d'immersion n'est en principe nécessaire. Toutefois, il sera utile en cas de recours intensif au mode d'éclairage non polarisé.

Aperçu des modèles de dermatoscopes HEINE



Ci-après, vous trouverez une série d'images dermatoscopiques d'un mélanome invasif précoce (< 0,2 mm d'épaisseur de tumeur, mélanome principalement in-situ) avec des instructions concernant les différents filtres, pour l'application d'un liquide d'immersion et pour l'intensité de l'éclairage (fig 1–8):



Fig. 1: Avec filtre de polarisation sans liquide d'immersion et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 2: Avec filtre de polarisation sans liquide d'immersion et avec éclairage d'un seul côté (2 LED).



Fig. 3: Avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 4: Avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage d'un seul côté (2 LED).

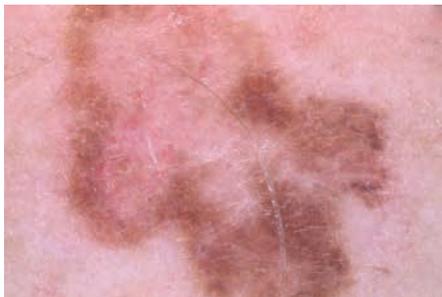


Fig. 5: Sans filtre de polarisation sans liquide d'immersion et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 6: Sans filtre de polarisation sans liquide d'immersion et avec éclairage d'un seul côté (2 LED).



Fig. 7: Sans filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 8: Sans filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage d'un seul côté (2 LED).

Dans la plupart des cas, en particulier lors de lésions vascularisées, nous utilisons l'application du dermatoscope avec filtre de polarisation, un liquide d'immersion (par ex. Huile de Dermatoscopie HEINE sur la peau) et avec un éclairage plein (4 LED). En cas de peau très claire ou de lésions claires, l'utilisation de l'éclairage d'un seul côté du dermatoscope, c'est-à-dire deux au lieu de quatre LED, a fait ses preuves. Des structures spéciales (par ex. les pseudo-kystes, les pseudo-comédons, les structures cérébriformes) sont mieux reconnaissables sans filtre de polarisation.

3. Méthodologie et critères dermatoscopiques dans le cadre de l'examen

Indépendamment du nombre de lésions examinées, la connaissance des différentes structures différentielles, des couleurs des images dermatoscopiques ainsi que leur agencement correct constituent la base pour poser un diagnostic sur des lésions pigmentées et non pigmentées.

3.1. Algorithme de différenciation entre des tumeurs de la peau mélanocytaires et non-mélanocytaires

La première différenciation de diagnostic doit séparer les lésions en tumeur mélanocytaire ou non mélanocytaire (fig. 9). Grâce à l'algorithme modifié par Kreusch et Stolz, presque toutes les lésions pigmentées et non pigmentées de la peau peuvent être classifiées dans l'un des diagnostics établis. En raison de l'absence de structures différentielles caractéristiques, les tumeurs rares de la peau, qui ne peuvent pas être différenciées avec cet algorithme, sont classées dans le groupe des « 3 étapes » et sont ainsi identifiées comme « suspectes ». Ainsi, la sécurité du patient, comme celle de l'examineur, est renforcée.



Fig. 9: Algorithme en plusieurs étapes pour la différenciation de tumeurs de la peau mélanocytaires et non mélanocytaires (modifié par Kreusch et Stolz).

1ère Étape

L'algorithme représenté ici peut être divisé en trois étapes possibles. La première étape concerne toujours l'analyse pour savoir s'il est possible de reconnaître, dans la tumeur de la peau, un réseau (fig. 10), des stries (fig. 10), des globules (fig. 11) ou une pigmentation bleue homogène (fig. 12). Il s'agit alors d'une tumeur de la peau mélanocytaire. Les exceptions sont les dermatofibromes (fig. 13a) avec une hyperpigmentation post-inflammatoire sur le bord, le lentigo solaire (fig. 13b) et le mamelon accessoire (fig. 13c) avec un motif différentiel semblable, qui peuvent tous présenter un réseau fin.

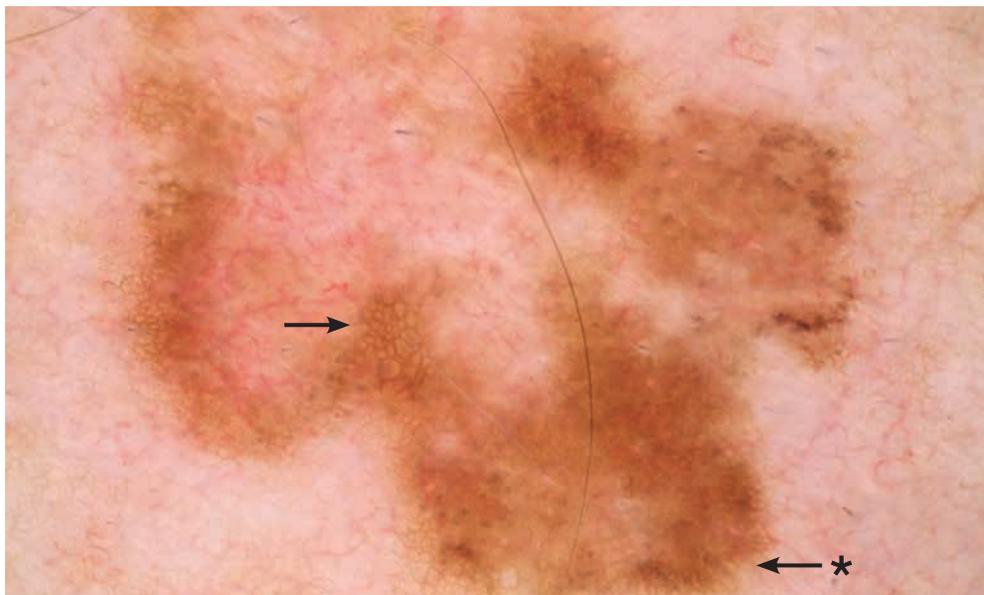


Fig. 10: Réseau (flèche) et stries (flèche avec *) dans un mélanome invasif précoce (< 0,2mm d'épaisseur de la tumeur, mélanome principalement in-situ). Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 11: Globules dans un nævus mélanocytaire. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

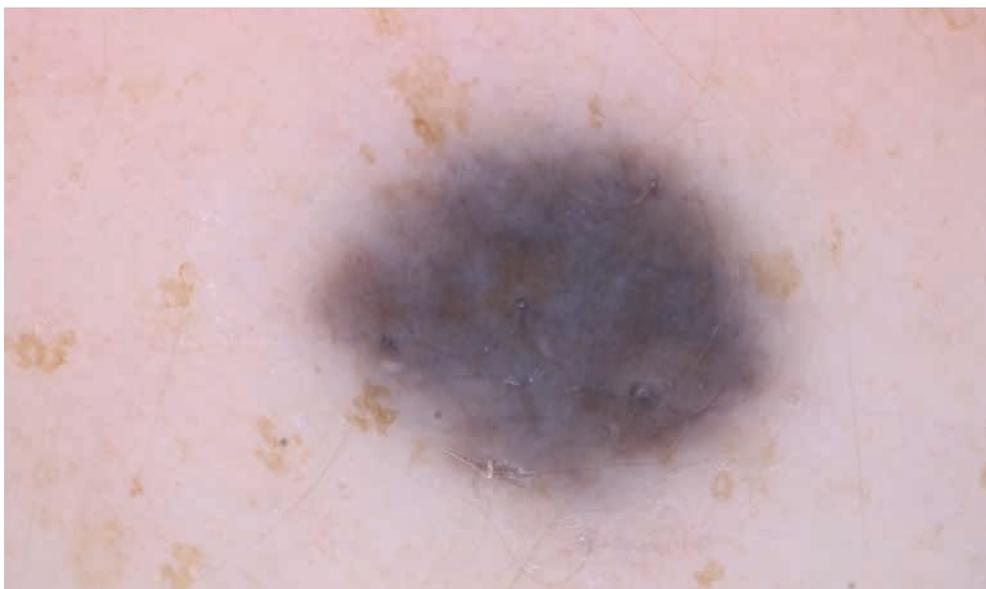


Fig. 12: Pigmentation bleue homogène dans un nævus bleu (prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

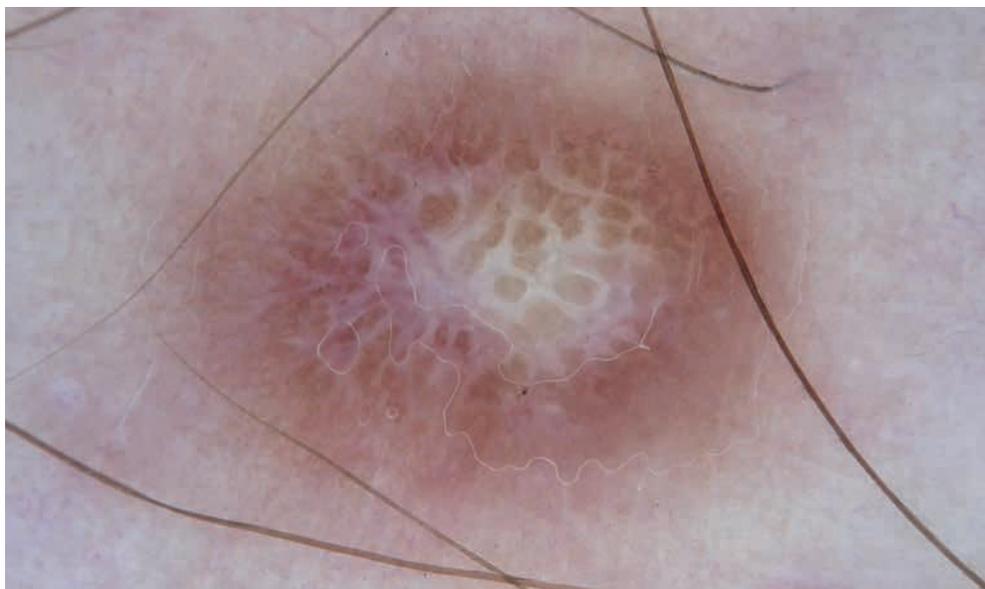


Fig. 13a: Hyperpigmentation post-inflammatoire sur le bord avec éclaircissement en forme d'étoile au milieu et stries blanches dans un dermatofibrome. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

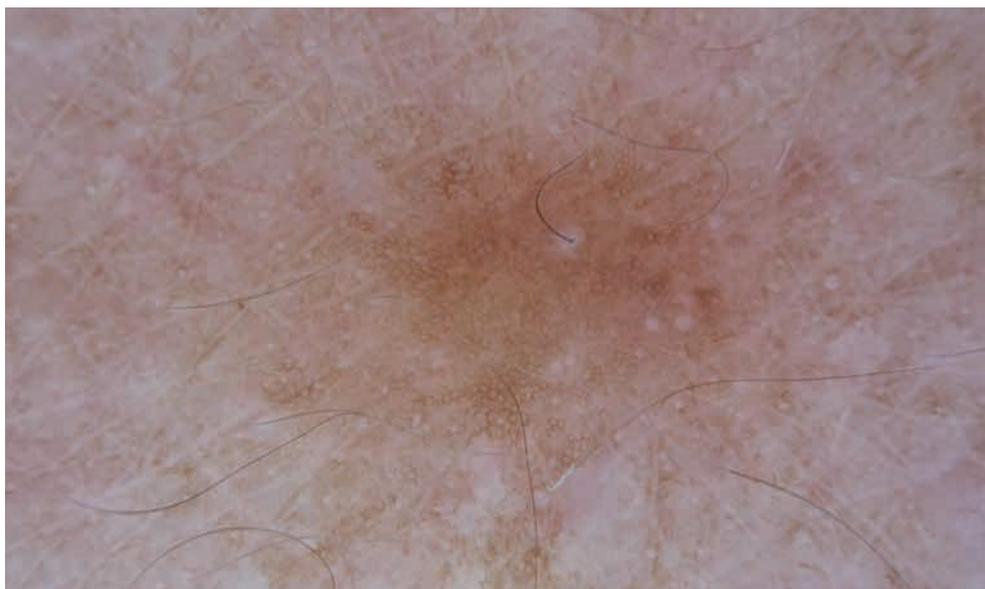


Fig. 13b: Hyperpigmentation en forme de réseau d'un lentigo solaire. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

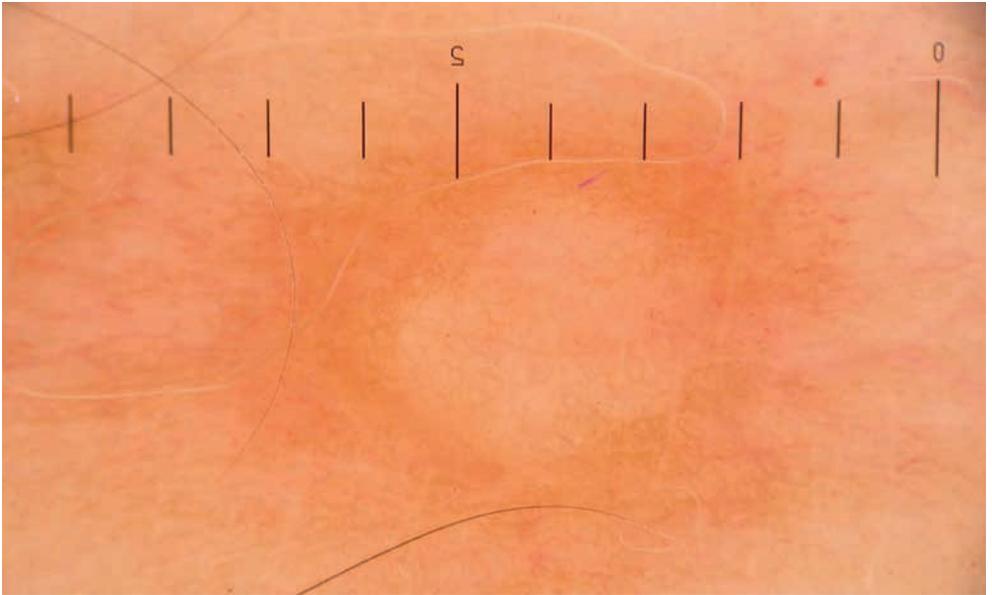


Fig. 13c: Hyperpigmentation en forme de réseau d'un mamelon accessoire. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

2^e Étape

Si ni un réseau, ni des stries, ni des globules ni une pigmentation bleue homogène ne sont reconnaissables, alors au cours de la 2^e étape, il convient de chercher dans un ordre quelconque, selon la structure différentielle, une kératose séborrhéique (fig. 14a–d), un angiome (fig. 15a et b) ou un angiokératome, un carcinome basocellulaire (fig. 16a et b), une kératose actinique (fig. 17a–c), une maladie de Bowen (fig. 18), un kératoacanthome (fig. 19) ou un carcinome spinocellulaire (fig. 20). Dans chaque partie d'image de ces instructions, des exemples correspondants sont illustrés.

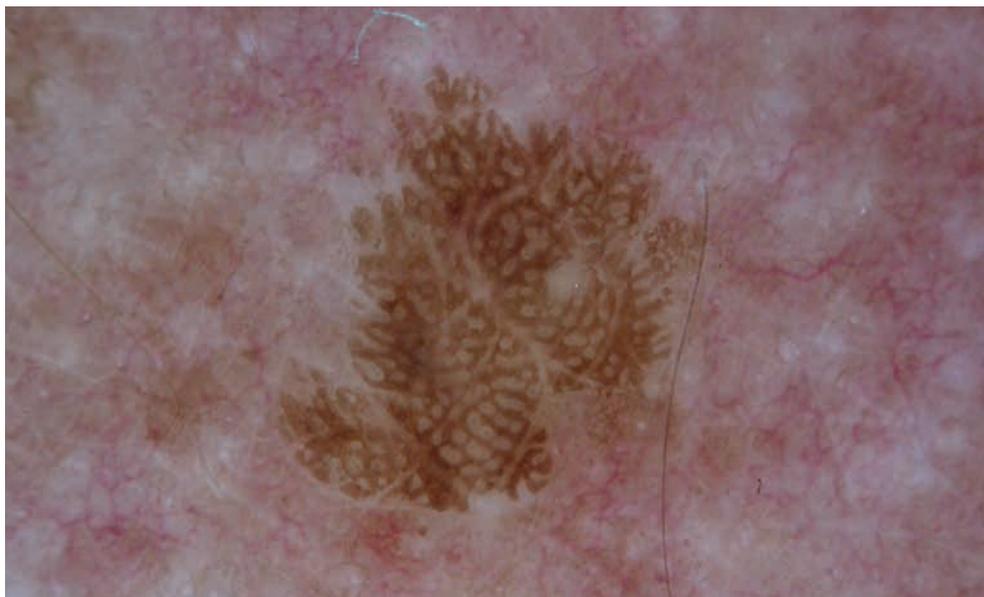


Fig. 14a: Lignes sous forme d'empreinte digitale dans une kératose séborrhéique précoce. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

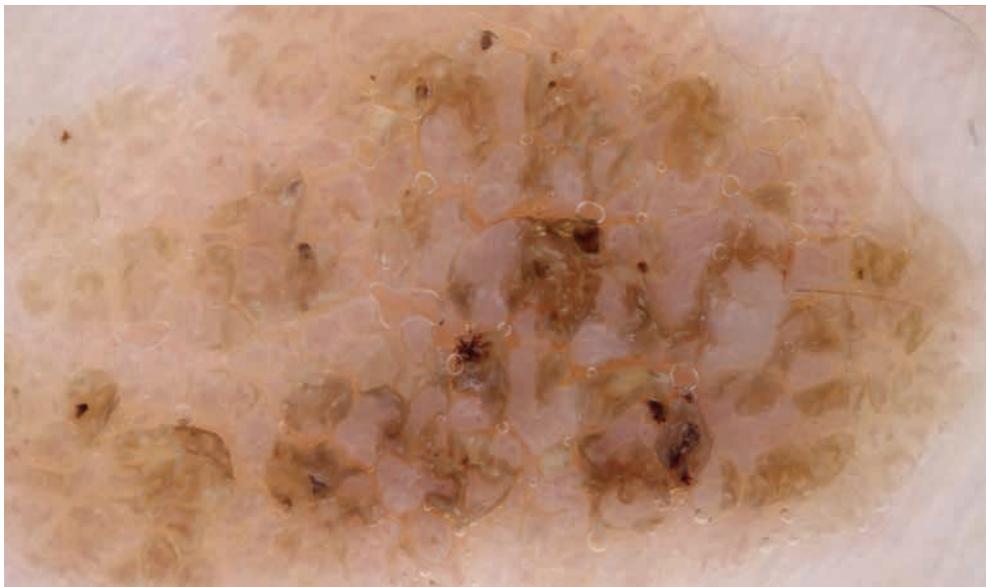


Fig. 14b: Lignes sous forme d'empreinte digitale avec structures cérébriformes dans une kératose séborrhéique. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

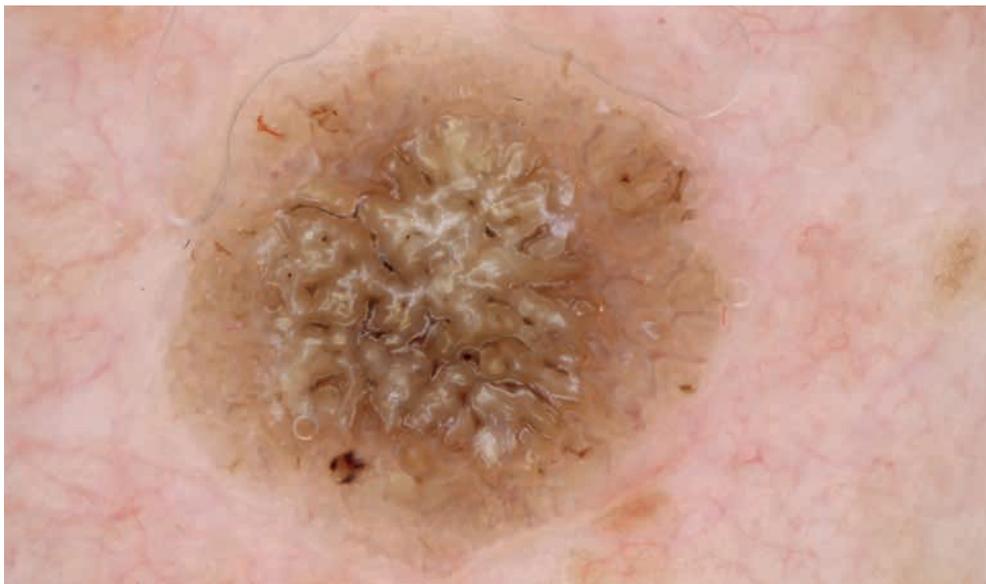


Fig. 14c: Lignes sous forme d'empreinte digitale en périphérie, structures cérébriformes centrales avec pseudo-kystes dans une kératose séborrhéique. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

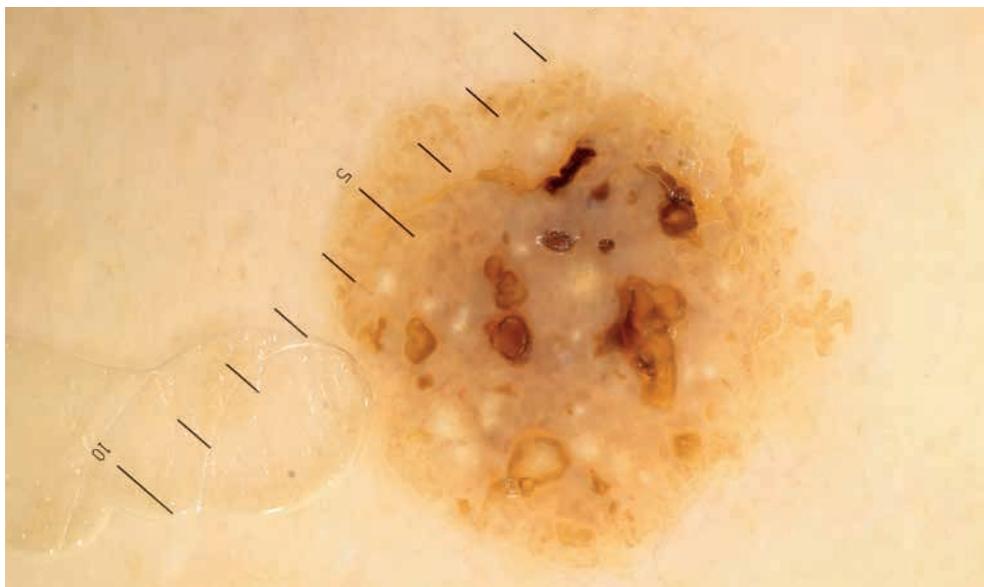


Fig. 14d: Pseudo-kystes, pseudo-comédons, lignes sous forme d'empreinte digitale en périphérie, dans une kératose séborrhéique avec coloration opaque. Prise de vue sans filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage d'un seul côté (2 LED).

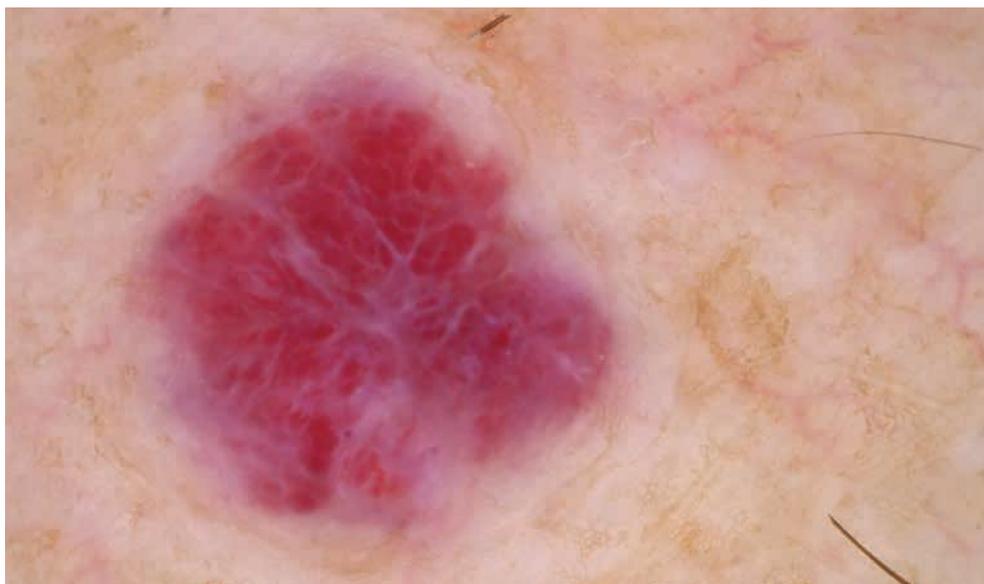


Fig. 15a: Lacunes rougeâtres avec stries fines blanches dans un angiome sénile. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

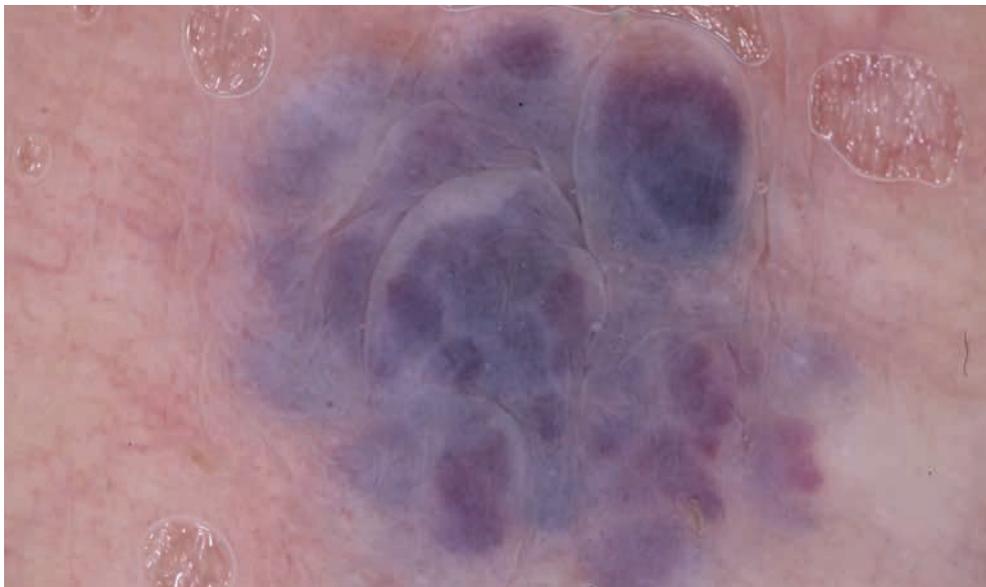


Fig. 15b: Lacunes bleu-livides avec stries blanches dans un angiome éruptif. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 16a: Lésion rougeâtre avec vaisseaux arborescents fins et ulcération centrale dans un carcinome basocellulaire. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 16b: Lésion rougeâtre avec vaisseaux arborescents fins, deux nids ovoïdes bleu-gris d'un carcinome basocellulaire et d'un angiome latéral avec lacunes rougeâtres (tumeur de collision). Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage d'un seul côté (2 LED).



Fig. 17a: Pseudo-réseau avec érythème et pigmentation distincte, avec follicules remplis de kératine et enfoncements distincts d'une kératose actinique précoce (stade I). Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 17b: Follicule rempli de kératine avec hyperkératose centrale grandissante d'une kératose actinique avancée (stade II). Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 17c: Hyperkératose grandissante avec érythème résiduel d'une kératose actinique âgée (stade III). Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

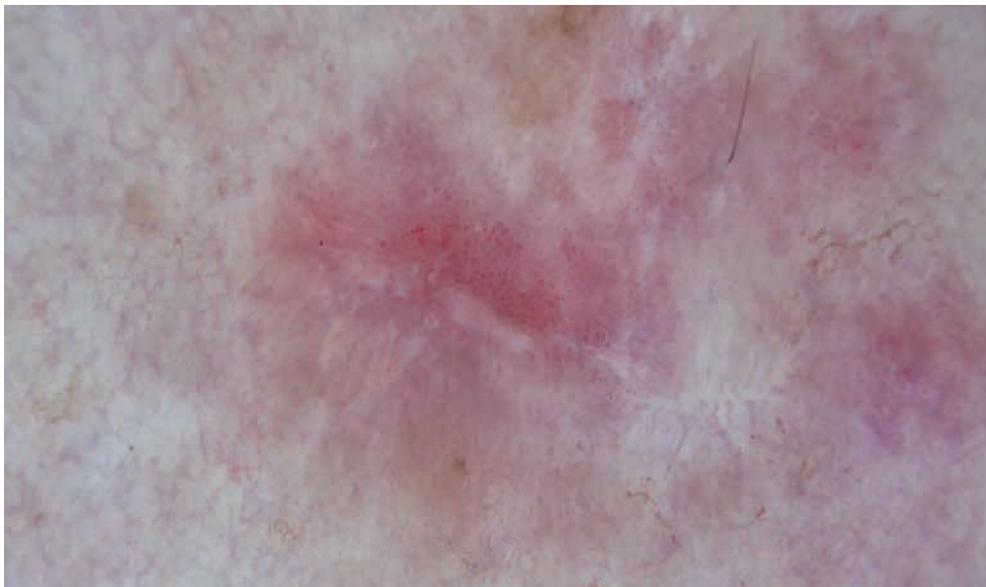


Fig. 18: Plaque rougeâtre avec vaisseaux punctiformes placés en ligne d'une récurrence de maladie de Bowen. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 19: Vaisseaux en couronne autour d'un bouchon de kératine centrale avec hémorragies d'un kératoacanthome. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 20: Hyperkératose avec hémorragies et halo blanc autour du follicule d'un carcinome spinocellulaire invasif précoce. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

3^e Étape

La troisième étape doit être réalisée uniquement lorsqu'aucune structure nommée dans les étapes 1 et 2 n'est visible sur une lésion pigmentée ou non pigmentée. Il est possible de penser ici à une tumeur de la peau maligne, en particulier un mélanome. Celui-ci est particulièrement reconnaissable à une polymorphie (fig. 21) et/ou à une tumeur de la peau solitaire bleue, noire ou rougeâtre nodulaire (fig. 22, 23).



Fig. 21: Polymorphie creuse au bord d'une cicatrice d'excision après mélanome avec généralisation. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 22: Polymorphie creuse avec vaisseaux atypiques sinueux de différents calibres dans une lésion rougeâtre exophytique d'une métastase de mélanome. Prise de vue avec filtre de polarisation sans liquide d'immersion et avec éclairage plein (4 LED).

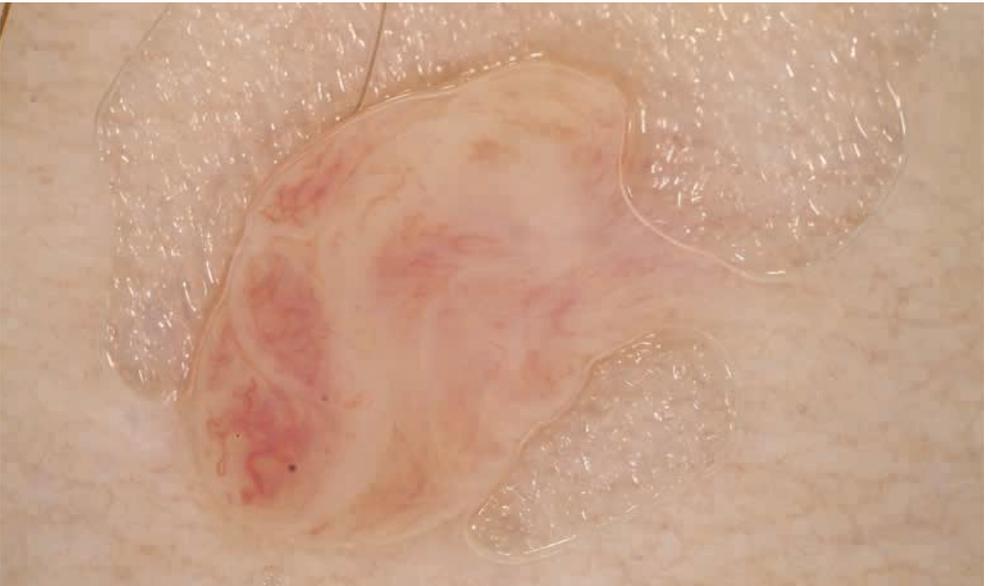


Fig. 23: Vaisseau distinct atypique dans une lésion sans structure exophytique avec « wobble-sign » typique (en cas de mouvement du dermatoscope, la lésion se déplace en même temps) dans un nævus dermique. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

3.2. Couleurs

L'épiderme normal est illustré dans le spectre coloré (fig. 24) de blanc, jaune à brun. En cas d'épaississement de la couche cornée (acanthose) la teinte est brun-jaune à gris-brun. La mélanine, en tant que pigment principal de la peau, se trouve sur la membrane basale entre l'épiderme et le derme. Plus la mélanine est présente dans la couche de stratum corneum de l'épiderme et ainsi sur la surface de la peau, plus une couleur noire est visible. Plus la mélanine est située profondément dans la peau, plus des teintes brune (membrane basale), grise (derme supérieur) ou bleu acier (derme intermédiaire) sont visibles. Plus la mélanine est située profondément dans la peau, plus les couleurs sont floues. Cela est également vrai pour la position des vaisseaux. Les vaisseaux dans différentes positions et formes se représentent de manière correspondante en rouge clair à foncé, parfois même bleu à bleu foncé, rarement noir. La couleur blanc ne peut être définie qu'en comparaison avec une peau saine voisine et dénote une régression de la tumeur de la peau bénigne ou maligne.

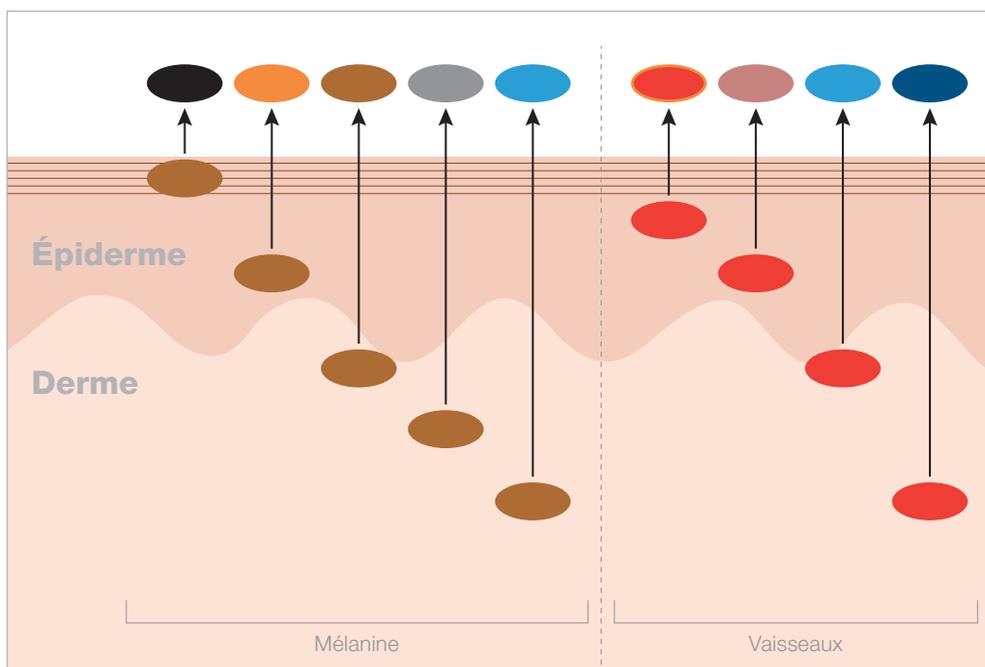


Fig. 24: Les couleurs visibles de manière dermatoscopique en raison de la position de la mélanine (gauche) et des vaisseaux sanguins (droite).

3.3. Autres critères de diagnostic

Certaines structures dermatoscopiques apparaissent en dermatoscopie non polarisée (DNP) tandis que d'autres structures apparaissent en dermatoscopie polarisée (DP). L'introduction de dermatoscopes « hybrides » permet à l'utilisateur de passer de l'éclairage polarisé à l'éclairage non polarisé. Nous avons constaté que les structures qui apparaissent soit en DNP soit en DP clignotent véritablement lors des allers-retours entre les modes d'éclairage. En DP, les lignes blanches brillantes sont visibles. Étant donné qu'elles ne sont pas visibles en DNP, elles clignotent véritablement lors des allers-retours entre DNP et DP.*

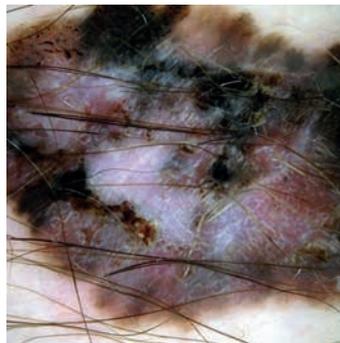
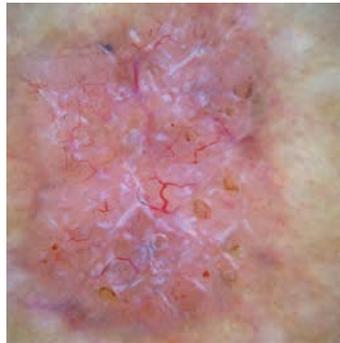
*Braun RP, Scope A, Marghoob AA. Le "Blink Sign" en dermoscopie. Arch Dermatol. 2011; 147(4):520.

« Blink Sign » lors de l'enregistrement d'un carcinome basocellulaire

Enregistrement avec une
lumière non polarisée



Enregistrement avec une
lumière polarisée



4. Différenciation de tumeurs de la peau bénignes ou malignes

Il est également très utile, en cas de diagnostic clinique sûr, qu'elle soit maligne ou bénigne, de prendre le dermatoscope dans la main et d'observer la tumeur. Observez la structure, la couleur et le motif représenté par la tumeur entière. Observez le bord, comme la tumeur va s'agrandir indépendamment de sa valeur intrinsèque. Apprenez avec ces structures, couleurs et motifs à connaître toutes les tumeurs malignes, petites, précoces, aux pronostics plus favorables.

Quel motif vous montre la lésion pigmentée ou non pigmentée? Il existe en la matière de nombreuses études internationales sur l'analyse des motifs. Cette analyse des motifs était et est toujours la base de la détermination de nombreux scores pour différencier les tumeurs de la peau mélanocytaires et non mélanocytaires, bénignes et malignes. Pour simplifier, nous ne parlerons pas de tous ces scores et algorithmes, mais nous vous présenterons une règle et une méthodologie rapide à apprendre, avec laquelle vous pourrez déterminer avec certitude un mélanome, mais également diagnostiquer un carcinome basocellulaire ou spinocellulaire. Car il vous arrivera de qualifier une tumeur de la peau bénigne de maligne et de la retirer de façon « inutile » – mais cela arrive aux meilleurs et sert aux prémisses, notamment de ne passer à côté d'aucun mélanome.

4.1. La règle « AC »

La règle clinique et dermatoscopique s'appelle « Règle AC », Asymétrie et Variation de Couleur (tableau 1). Une tumeur de la peau maligne, en particulier le mélanome, croît de manière chaotique. Ainsi, il s'ensuit une asymétrie de la forme extérieure autant que de la structure interne (c'est-à-dire que la tumeur n'est plus symétrique par rapport aux axes principaux perpendiculaires), ainsi qu'une pluralité de teintes en augmentation, plus la durée de croissance est importante. Des couleurs noir de jais ou bleu-gris sont un indice caractéristique d'un mélanome. Tous les mélanomes ne suivent pas cette règle. Il existe par exemple des mélanomes symétriques cliniques et dermatoscopiques, uniquement rouge n'ayant pas l'aspect de mélanomes. En outre, il est possible de voir apparaître un mélanome entièrement nodulaire, en partie principalement noir ou purement rougeâtre. De manière générale, la règle du « vilain petit canard » aide : une tumeur unique, totalement différente des autres sur le même patient, doit être examinée de manière très sérieuse, sur le plan clinique et particulièrement dermatoscopique.

Règle de l'asymétrie et variation de couleur (« Règle AC »)

Asymétrie	Forme et structures internes
Variations de couleur	Noir de jais, bleu, gris, brun, rouge, blanc

Tableau 1

Lors de l'analyse de la symétrie ou de l'asymétrie il est possible de déterminer qu'une tumeur de la peau symétrique est très rare. La nature n'étant de ce fait parfaite, la symétrie doit être évaluée avec un peu de générosité.

Avec la « Règle AC » décrite, les profanes en médecine peuvent être sûrs de leur appréciation clinique pour 91% des mélanomes, avec la dermatoscopie ce chiffre peut atteindre 94%.

4.2. La règle AC et autres remarques (« clues »)

En plus de la « Règle AC », pour l'analyse de tumeurs de la peau non claires et pour exclure des tumeurs malignes, en particulier le mélanome, les remarques suivantes (« clues ») peuvent être utiles (tableau 2) : Points noirs périphériques, lignes ou pseudopodes (= lignes radiaires épaissies) seulement segmentés et partiellement radiaires, vaisseaux polymorphes, réseau atypique épaissi ou lignes ramifiées, structure noduleuse inconnue. Il suffit d'un de ces motifs décrits pour parler d'un mélanome ou d'un carcinome basocellulaire sans passer par la « Règle AC ».

La règle AC et remarques (« clues »)

« Règle AC »	Asymétrie et Variations de couleurs
Remarques (« clues »)	<input checked="" type="checkbox"/> lignes ou pseudopodes (= lignes radiaires épaissies) uniquement segmentées et radiaires (fig. 29, 30) <input checked="" type="checkbox"/> vaisseaux polymorphes (fig. 35) <input checked="" type="checkbox"/> réseau atypique épaissi ou lignes ramifiées (fig. 29, 30) <input checked="" type="checkbox"/> tumeur bleue, noire ou rouge nouvelle inconnue (fig. 32, 33, 34)

Tableau 2

Vous pouvez également utiliser la dermatoscopie dans le domaine des paumes de la main, des plantes des pieds et des ongles (non vernis). Les structures et les couleurs ne sont cependant pas aussi bien visibles que sur la peau normale. Cependant, les deux règles mentionnées, la « Règle AC » et la « Règle AC et remarques » peuvent être utilisées.

4.3. Notre règle personnelle

Pour conclure, permettez-nous de vous présenter notre règle personnelle complémentaire pour la détection de mélanomes ou d'autres tumeurs de la peau malignes :

- Ai-je déjà vu quelque chose de ce type?
- Est-ce que je connais une tumeur de la peau bénigne, qui devrait ressembler à cela?
- Est-ce que je laisserais une telle tumeur de la peau dans ma peau, à moi et est-ce que je vivrais avec?
- Je suis curieux de savoir ce que c'est (selon Jürgen Kreisusch).

De manière générale, en cas de doute, l'excision, ou tout du moins une biopsie, doit être pratiquée, lorsque vous ne pouvez garantir ni à vous ni au patient qu'aucun mélanome ou autre tumeur maligne de la peau ne se cache sous la tumeur de la peau examinée.

Notre meilleure formation continue dermatoscopique reste depuis de nombreuses années la photographie clinique et dermatoscopique des tumeurs de la peau avant l'opération et la comparaison ultérieure après présentation de l'histologie. C'est un processus que nous recommandons également à chacun. Il nous a permis d'apprendre beaucoup et nous savons que nous découvrirons toutes les semaines quelque chose de nouveau, car le mélanome est extrêmement diversifié en termes de visualisation. Ce savoir, ainsi que le respect que nous avons pour les connaissances, représentent la base de notre travail au quotidien.

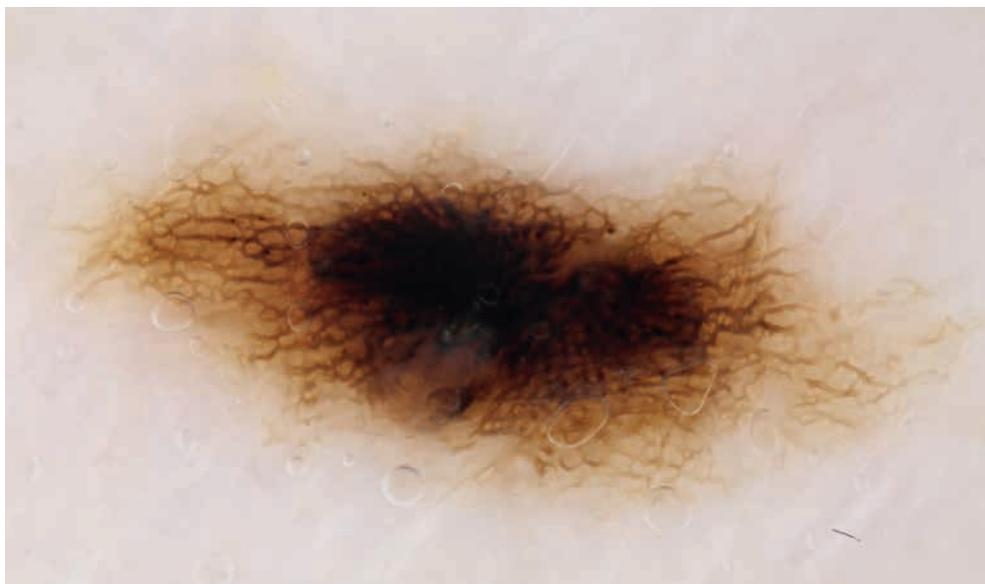


Fig. 25: Stries agencées de manière presque symétrique discrètes et réseau, ainsi qu'hyperpigmentation centrale d'un nævus mélanocytaire lentigineux avec coloration brune et noire. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 26: Lésion formée de manière légèrement asymétrique avec globules discrets d'un nævus composé de couleur brune. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage réduit (2 LED).



Fig. 27: Lésion formée de manière légèrement asymétrique avec réseau et globules discrets d'un nævus mélanocytaire lentigineux de couleur brune. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 28: Lésion formée de manière légèrement asymétrique avec réseau proéminent et globules périphériques («Starburst-pattern» patron étoilé) d'un nævus de Reed de couleur brune. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

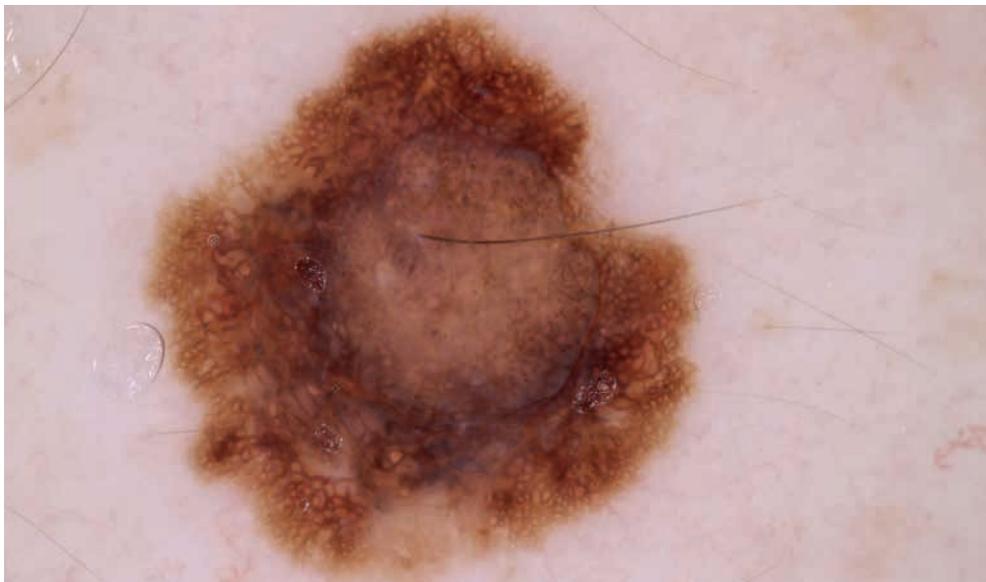


Fig. 29: Lésion de forme asymétrique avec réseau atypique, stries et points d'un nævus composé atypique de couleur brune, grise et bleue. Prise de vue sans filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

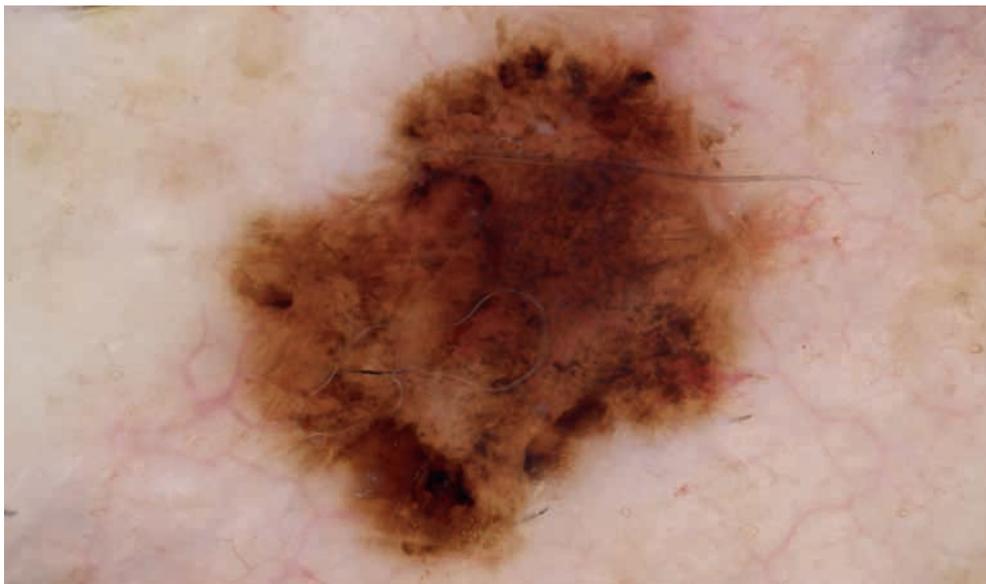


Fig. 30: Lésion de forme asymétrique avec réseau atypique, stries, pseudopodes et points d'un mélanome in-situ de couleur brune et noire. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

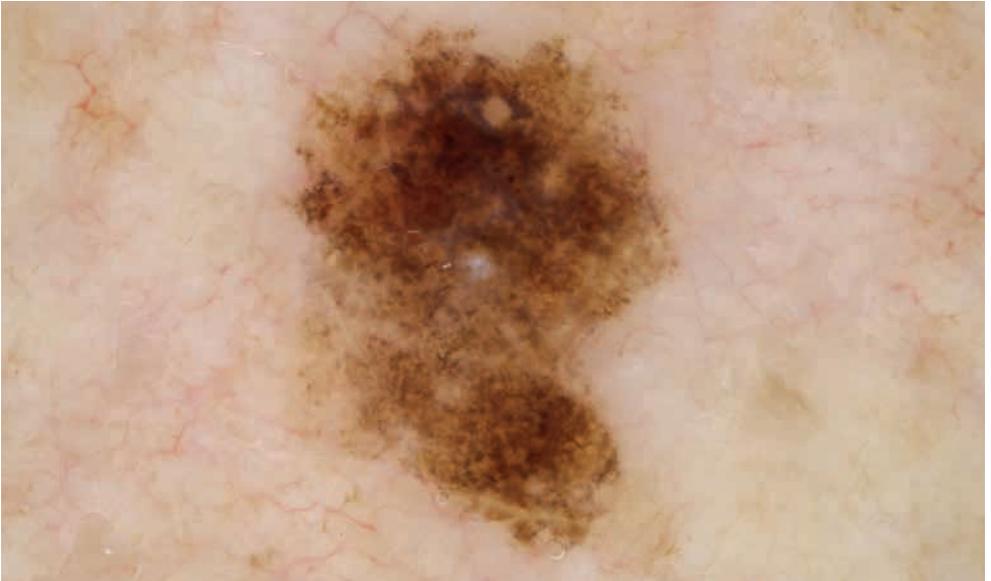


Fig. 31: Lésion de forme asymétrique avec globules, points et réseau atypiques d'un mélanome invasif (< 0,5mm d'épaisseur de la tumeur) de couleur brune et grise. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 32: Lésion asymétrique hyperkératique et exophytique d'un mélanome invasif régressif de couleur bleu-gris, blanche et jaune. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

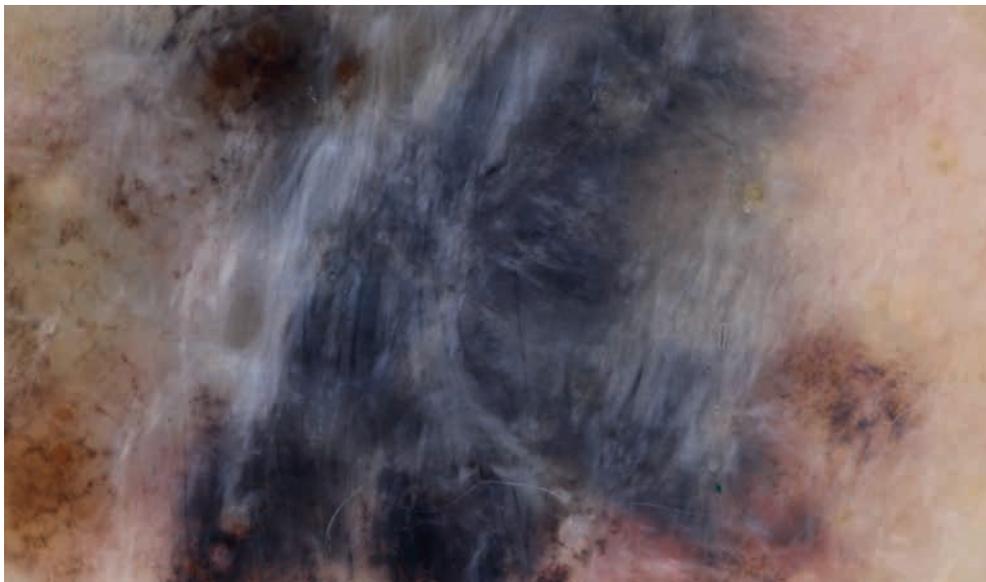


Fig. 33: Aires centrales bleu-blanc sans structure dans un mélanome invasif (3,7 mm d'épaisseur de la tumeur) (Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

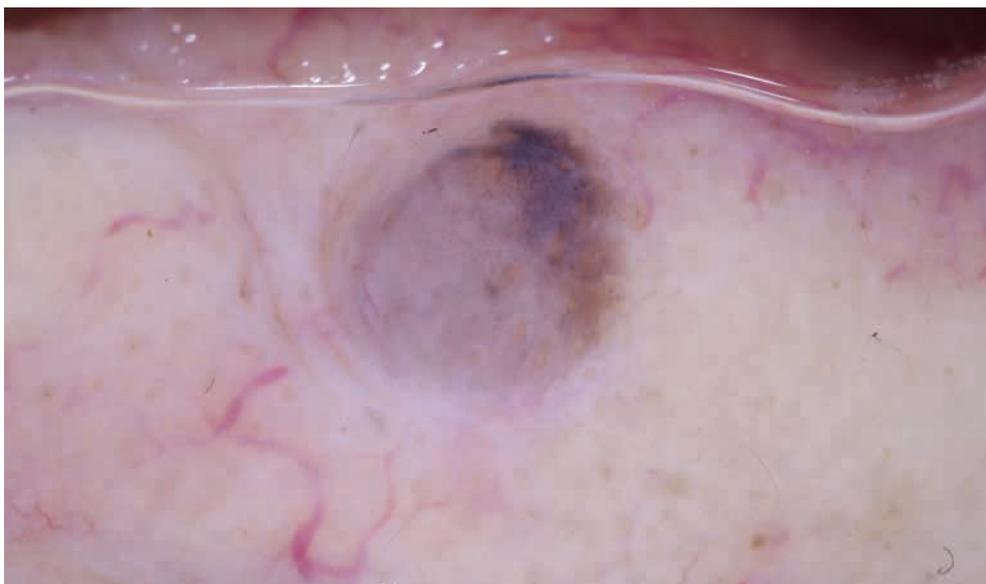


Fig. 34: Lésion sans structure principalement hypopigmentée asymétrique d'une métastase de mélanome avec parties colorées en périphérie excentriques, gris-bleu. Prise de vue sans filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 35: Lésion sans structure non pigmentée asymétrique avec vaisseaux horizontaux arborescents d'un carcinome basocellulaire de la peau du tronc. Prise de vue sans filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

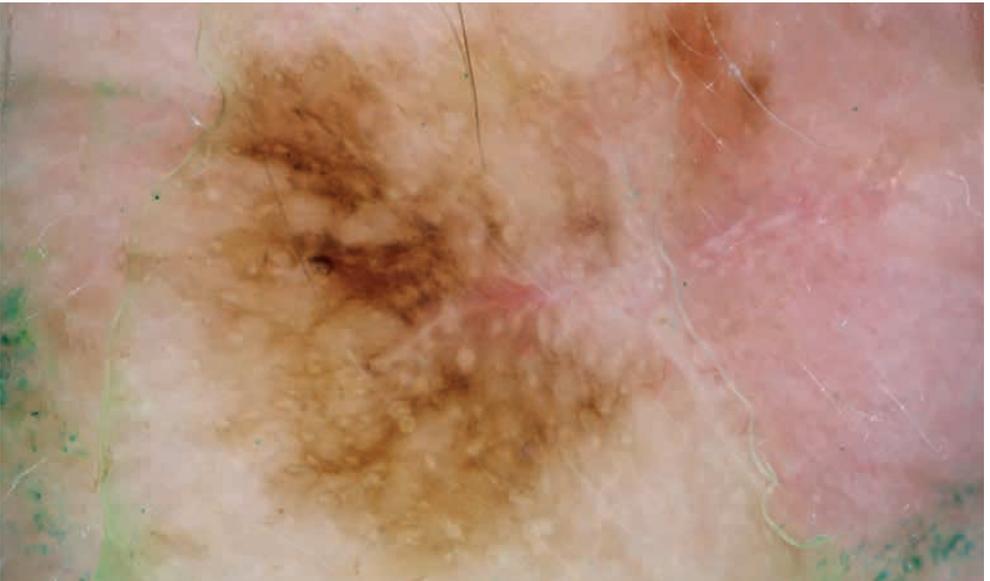


Fig. 36: Lésion asymétrique avec pigmentation en-dehors de la cicatrice et «Circles-in-the-circles» d'une récursive de lentigo malin sur le visage, avec différentes teintes de brun. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).



Fig. 37: Lésion légèrement asymétrique avec pigmentation parallèle dans les sulci sur la paume de la main d'un nævus mélanocytaire plantaire avec teintes de brun. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion (Huile de Dermatoscopie HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).

5. Ouvrages de référence

1. Argenziano G, Fabbrocini G, Carli P, De Giorgi V, Sammarco E, Delfino M (1998) Epiluminescence microscopy for the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions – Comparison of the ABCD rule of dermoscopy and a new 7-Point checklist based on pattern analysis. *Arch Dermatol* 134: 1563-1570.
2. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, Talamini R, Corona R, Sera F, et al. (2003) Dermoscopy of pigmented skin lesions: Results of a consensus meeting via the Internet. *J Am Acad Dermatol* 48: 679-693.
3. Argenziano G, Longo C, Cameron A, Cavicchini S, Gourhant JY, Lallas A, et al. (2011) Blue-black rule: a simple dermoscopic clue to recognize pigmented nodular melanoma. *Br J Dermatol* 165: 1251-1255.
4. Argenziano G, Zalaudek I, Hofmann-Wellenhof R, Bakos RM, Bergman W, Blum A, et al. (2011) Total body skin examination for skin cancer screening in patients with focused symptoms. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Jul 12. [Epub ahead of print]
5. Bauer J, Leinweber B, Metzler G, Blum A, Hofmann-Wellenhof R, Leitz N, et al. (2006) Correlation with digital dermoscopic images can help dermatopathologists to diagnose equivocal skin tumours. *Br J Dermatol* 155: 546-551
6. Blum A, Clemens J, Argenziano G (2006) Modified dermoscopic algorithm for the differentiation between melanocytic and nonmelanocytic skin tumors. *J Cut Med Surg* 10: 73-78
7. Blum A, Hofmann-Wellenhof R, Luedtke H, Ellwanger U, Steins A, Roehm S, et al. (2004) Value of the clinical history for different users of dermoscopy compared with results of digital analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 18: 665-669
8. Blum A, Simionescu O, Argenziano G, Braun R, Cabo H, Eichhorn A, et al. (2011) Dermoscopy of Pigmented Lesions of the Mucosa and the Mucocutaneous Junction. Results of a Multicenter Study by the International Dermoscopy Society (IDS). *Arch Dermatol* 147: 1181-1187.
9. Bowling J, Argenziano G, Azenha A, Bandic J, Bergman R, Blum A, et al. (2007) Dermoscopy key points: recommendations from the international dermoscopy society. *Dermatology* 214: 3-5
10. Gewirtzman AJ, Saurat JH, Braun RP (2003) An evaluation of dermoscopy fluids and application techniques. *Br J Dermatol* 149: 59-63.
11. Haenssle HA, Korpas B, Hansen-Hagge C, Buhl T, Kaune KM, Johnsen S, Rosenberger A, et al. (2010) Selection of patients for long-term surveillance with digital dermoscopy by assessment of melanoma risk factors. *Arch Dermatol* 146: 257-264.
12. <http://ado-homepage.de/leitlinien/>
13. Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M (2002) Diagnostic accuracy of dermoscopy. *Lancet Oncol* 3: 159-165.
14. Kraus SL, Haenssle HA (2013) Early detection of cutaneous melanoma by sequential digital dermatoscopy (SDD). *J Dtsch Dermatol Ges* 4. doi: 10.1111/ddg.12072.
15. Kreusch J, Rassner G. *Auffichtmikroskopie pigmentierter Hauttumoren*. Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1991.
16. Luttrel MJ, Hofmann-Wellenhof R, Fink-Puches R, Soyer HP (2011) The AC Rule for melanoma: a simpler tool for the wider community. *J Am Acad Dermatol* 65: 1233-1234.
17. Luttrel MJ, McClenahan P, Hofmann-Wellenhof R, Fink-Puches R, Soyer HP (2012) Laypersons' sensitivity for melanoma identification is higher with dermoscopy images than clinical photographs. *Br J Dermatol* 167: 1037-1041.
18. Menzies SW, Ingvar C, McCarthy WH (1996) A sensitivity and specificity analysis of the surface microscopy features of invasive melanoma. *Melanoma Res* 6: 55-62.

19. Menzies SW, Kreusch J, Byth K, Pizzichetta MA, Marghoob AA, Braun R, et al. (2008) Dermoscopic Evaluation of Amelanotic and Hypomelanotic Melanoma. *Arch Dermatol* 144: 1120-1127.
20. Menzies SW, Moloney FJ, Byth K, Avramidis M, Argenziano G, Zalaudek I, et al. (2013) Dermoscopic Evaluation of Nodular Melanoma. *JAMA Dermatol* 3:1-11. doi: 10.1001/jamadermatol.2013.2466.
21. Pehamberger H, Steiner A, Wolff K (1987) In vivo epiluminescence microscopy of pigmented skin lesions. I. Pattern analysis of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol* 17: 571-583.
22. Ronger S, Touzet S, Ligeron C, Balme B, Viillard AM, Barrut D, et al. (2002) Dermoscopic examination of nail pigmentation. *Arch Dermatol* 138: 1327-1333.
23. Rosendahl C, Cameron A, Argenziano G, Zalaudek I, Tschandl P, Kittler H (2012) Dermoscopy of squamous cell carcinoma and keratoacanthoma. *Arch Dermatol* 1;148: 1386-1392.
24. Rosendahl C, Tschandl P, Cameron A, Kittler H (2011) Diagnostic accuracy of dermoscopy for melanocytic and nonmelanocytic pigmented lesions. *J Am Acad Dermatol* 64: 1068-1073.
25. Saida T, Miyazaki A, Oguchi S, Ishihara Y, Yamazaki Y, Murase S, et al. (2004) Significance of dermoscopic patterns in detecting malignant melanoma on acral volar skin: results of a multicenter study in Japan. *Arch Dermatol* 140: 1233-1238.
26. Soyer HP, Kenet RO, Wolf IH, Kenet BJ, Cerroni L (2000) Clinicopathological correlation of pigmented skin lesions using dermoscopy. *Eur J Dermatol* 10: 22-28.
27. Stanganelli I, Argenziano G, Sera F, Blum A, Özdemir F, Karaarslan IK, et al. (2012) Dermoscopy of scalp tumours: a multi-centre study conducted by the international dermoscopy society. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 26: 953-963.
28. Steiner A, Pehamberger H, Wolff K (1987) In vivo epiluminescence microscopy of pigmented skin lesions. II. Diagnosis of small pigmented skin lesions and early detection of malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol* 17: 584-591.
29. Stolz W, Braun-Falco O, Bilek P, Burgdorf HC, Landthaler M. *Farbatlas der Dermatoskopie*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2004.
30. Stolz W, Riemann A, Cognetta Ab, Pillet L, Abmayr W, Hölzel D, et al. (1994) ABCD rule of dermoscopy: a new practical method for early recognition of malignant melanoma. *Eur J Dermatol* 4: 521-527.
31. Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE, Menzies SW (2008) 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* 159: 669-676.
32. Zalaudek I, Argenziano G, Soyer HP, Corona R, Sera F, Blum A, et al. (2006) Three-point checklist of dermoscopy: an open internet study. *Br J Dermatol* 154: 431-437.
33. Zalaudek I, Giacomel J, Schmid K, Bondino S, Rosendahl C, Cavicchini S, et al. (2012) Dermatoscopy of facial actinic keratosis, intraepidermal carcinoma, and invasive squamous cell carcinoma: a progression model. *J Am Acad Dermatol* 66: 589-597.



ALLEMAGNE

 HEINE Optotechnik GmbH & Co. KG
Kientalstr. 7
82211 Herrsching
Tel. +49 (0) 81 52-38 0
Fax +49 (0) 81 52-3 82 02
E-Mail: info@heine.com
www.heine.com

ÉTATS-UNIS

HEINE USA LTD.
10 Innovation Way
Dover, NH 03820
Tel. (603) 7 42-71 03
Fax (603) 7 42-72 17
Toll Free (800) 367-4872
E-Mail: service@heine-na.com

AUSTRALIE

HEINE AUSTRALIA PTY. LTD.
Unit 9, 98 Old Pittwater Road
PO Box 7218 Warringah Mall
NSW 2100
Tel. +61 (0) 2-99 38 95 00
Fax +61 (0) 2-99 39 23 05
E-Mail: info@heine.com.au

SUISSE

HEINE (Schweiz) AG
Tobelackerstr. 9
CH-8212 Neuhausen am Rheinfall
Tel. +41 (0) 52-6 72 22 66
Fax +41 (0) 52-6 72 63 77
E-Mail: info@heineschweiz.ch

