

Lésion pigmentée de la peau... et si c'était un mélanome?

N. Dattner, J.-L. Barras, G. Berthod, M. Abdou, I. Letovanec, Institut Central des Hôpitaux, Hôpital du Valais, Sion

Introduction

Devant une lésion pigmentée de la peau, on pense souvent à un "grain de beauté", c'est-à-dire un naevus. Toutefois un grand nombre de lésions différentes, non mélanocytaires, peuvent prendre un aspect "pigmenté". Parmi celles-ci, on retrouve des lésions inflammatoires ou post-inflammatoires, des kératoses séborrhéiques, des lésions mésoenchymateuses (comme le dermatofibrome ou les hémangiomes) ainsi que le carcinome basocellulaire pigmenté, par exemple [1]. Bien qu'il existe des critères morphologiques relativement bien définis pour distinguer ces lésions à l'inspection cutanée (que nous n'allons pas aborder dans ce "Caduceus"), ils ne sont pas absolus et le diagnostic histologique d'une lésion excisée peut s'avérer être une surprise. Nous allons ci-dessous, brièvement, aborder les différents types histologiques de lésions mélanocytaires et l'attitude générale à tenir face à un diagnostic inattendu de mélanome ou de naevus dysplasique.

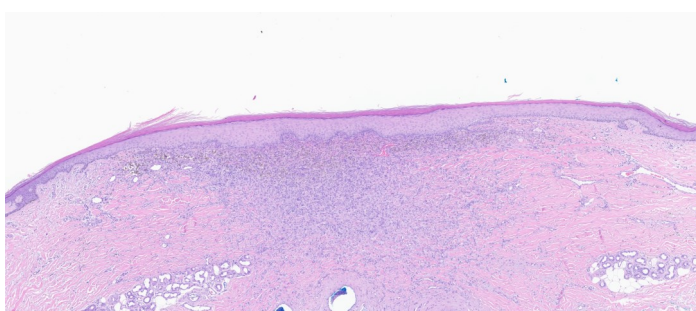


Fig 1 : Dermatofibrome / histiocytome fibreux bénin : prolifération fibro-histiocytaire bénigne constituée de cellules non atypiques, fusiformes, avec pigmentation focale dans les cellules superficielles. Une pigmentation des cellules basales de l'épiderme accompagne également volontiers ces lésions.

Outre les tumeurs mélanocytaires, des lésions cutanées inflammatoires, des tumeurs bénignes et malignes peuvent également être pigmentées.

Tumeurs mélanocytaires bénignes

Il existe une multitude de types histologiques de naevus qui peuvent avoir un aspect macroscopique plus ou moins typique. Les trois types histologiques les plus fréquents sont le naevus dermique, le naevus jonctionnel et le naevus composé. Le naevus bleu, qui macroscopiquement donne une lésion de petite taille fortement pigmentée, bleu profond, siège souvent, mais pas exclusivement sur les mains. Au niveau du visage, zone photoexposée, on retrouve volontiers le lentigo. Les naevi lentigineux peuvent parfois prendre un aspect hétérogène.

Histologiquement, la plupart des lésions mélanocytaires bénignes ne montrent pas d'atypies cytonucléaires ou architecturales et les mitoses restent rares ou localisées superficiellement. Dans certains sites anatomiques "spéciaux" (localisation acrale, sein, scalp...), les atypies, et/ou les mitoses, et/ou la présence d'ascensions intraépithéliales, peuvent, toutefois, être présentes dans les lésions bénignes. Indiquer précisément la localisation d'une lésion est donc important pour l'analyse histopathologique, afin de ne pas poser un diagnostic de mélanome à tort.

Les naevi ne nécessitent pas formellement de réexcision, si l'exérèse primaire est incomplète. Dans ce cas toutefois, une résurgence est possible.

Le naevus dysplasique

Histologiquement, les naevi dysplasiques diffèrent des lésions mélanocytaires bénignes par la présence d'atypies architecturales et/ou cytonucléaires qui peuvent être parfois marquées. Les personnes avec naevus dysplasique ont un risque augmenté de développer un mélanome. Bien que le risque de transformation soit faible, il est recommandé d'exciser ces lésions complètement. Ainsi, en cas d'exérèse initiale incomplète une reprise d'exérèse est recommandée.

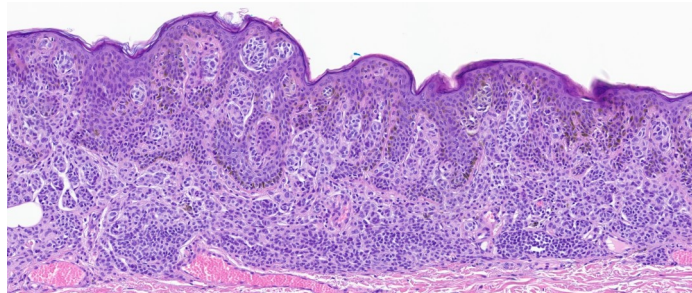


Fig 2 : Naevus mélanocytaire dermique : lésion symétrique, bien délimitée, avec gradient de maturation (cellules épithélioïdes de plus grande taille en superficie, cellules plus petites, monotones en profondeur), pas de mitoses, chromatine homogène, non hyperchrome.

Mélanome

Le mélanome est le 4^{ème} cancer le plus fréquent en Suisse avec plus de 3'000 nouveaux cas par année. C'est le cancer de la peau qui est le plus à risque de faire des métastases. Les deux types les plus fréquents sont : le mélanome à extension horizontale (SSM) et le mélanome nodulaire. Histologiquement, ils sont caractérisés par la présence d'atypies cytonucléaires et architecturales importantes, d'ascensions transépidermiques (pour les "SSM") et d'une activité mitotique. Sur le visage, le mélanome sur *lentigo malin* est le plus fréquent.

L'élément pronostique le plus important est la profondeur d'infiltration mesurée en millimètres, i.e. le "Breslow", sur lequel se base le stade pTNM. Le pronostic ainsi que le traitement dépendent de cette profondeur d'infiltration qui sera modulée par la présence ou non d'une ulcération. D'autres facteurs pronostiques sont indiqués dans le rapport de pathologie comme le compte mitotique, la régression tumorale, la présence d'invasion lympho-vasculaire ou périneurale ainsi que celle de nodule satellite.

Ces lésions doivent être excisées complètement, jusqu'au fascia, avec une marge de sécurité de 0.5 cm pour le mélanome *in situ*, de 1 cm pour les Breslow < 2 mm et de 2 cm si plus élevé [2]. Pour tout mélanome avec Breslow ≥ 0.8 mm, un bilan d'imagerie et une exploration du ganglion sentinelle sont proposés. En cas de métastase, le génotypage (séquençage) est effectué afin de déterminer les facteurs prédictifs, pronostiques et thérapeutiques (ex : mutations/altérations du nombre de copies des gènes *BRAF*, *NRAS*, *KIT*, *CDKN2A*, etc.).

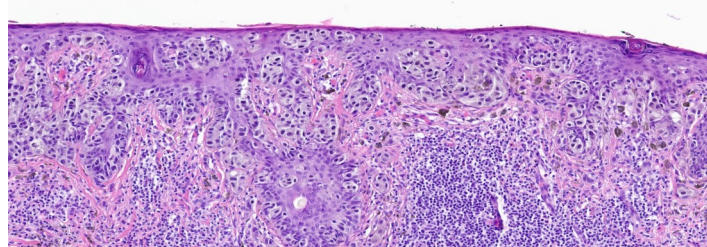


Fig 3 : Mélanome SSM invasif : atypies architecturales avec thèques jonctionnelles fusionnées, de taille variable, nombreuses ascensions transépidermiques, colonisation des annexes cutanées. Atypies cytonucléaires avec des cellules de taille agrandie, avec anisocytose et hyperchromatisme nucléaire.

Littérature

- [1] Clarke P. Benign pigmented skin lesions. Aust J Gen Pract. 2019 Jun;48(6):364-367. doi: 10.31128/AJGP-12-18-4802. PMID: 31220885.
- [2] Dummer R et al. The updated Swiss guidelines 2016 for the treatment and follow-up of cutaneous melanoma. Swiss Med Wkly. 2016 Feb 22;146:w14279. doi: 10.4414/smww.2016.14279. PMID: 26901103.

Personnes de contact

Dr Mohamed Abdou
Dr Nicolas Dattner

Mohamed.Abdou@hopitalvs.ch
Nicolas.Dattner@hopitalvs.ch

La profondeur d'infiltration du mélanome ou l'indice de Breslow mesuré histologiquement est l'élément central qui détermine l'attitude: étendue de la reprise chirurgicale, nécessité d'un bilan, d'une exploration du ganglion sentinelle et/ou traitement adjuvant...