

# Une lésion pigmentée inquiétante

Joël Claveau  
Simon Claveau

CHU de Québec, Université Laval, Service de dermatologie, Ville de Québec, Canada  
joel.claveau@videotron.ca

## Observation

Une jeune femme âgée de 34 ans est adressée en février 2018 pour une lésion pigmentée suspecte de l'épaule postérieure gauche (figures 1 et 2). Elle n'a pas d'antécédent personnel ni familial de mélanome. Il s'agit d'une macule brune, irrégulière et suspecte de 4 mm au centre d'une cicatrice rougeâtre légèrement hypertrophique. L'examen dermoscopique montre une pigmentation étoilée, asymétrique avec des globules irréguliers et des stries brunes plutôt larges (figure 3). Cette pigmentation présente une disposition centrifuge et respecte les limites de la cicatrice.

La consultation de son dossier révèle qu'une première visite en dermatologie avait eu lieu en septembre 2013. À l'examen, il existait plusieurs macules et papules brunes homogènes dont une papule brune en dôme de 1 cm de l'épaule gauche. L'examen dermoscopique à ce moment était normal avec un patron globuleux et un signe de « ballonnement » positif : les globules se déplacent avec le glissement du dermoscope à la surface de la lésion. Une simple observation avait dès lors été recommandée avec auto-examen et protection solaire. En 2015, à la demande de la patiente, son médecin généraliste avait procédé à l'excision par rasage de cette lésion de l'épaule postérieure gauche précédemment décrite. L'analyse histopathologique avait confirmé un nævus intradermique.

En février 2018, devant cette macule pigmentée sur cicatrice, une révision en dermatopathologie du spécimen initial s'imposait : des coupes sériées sur six niveaux supplémentaires ont permis de confirmer le diagnostic initial de nævus mélanocytaire à prédominance intradermique présentant un patron de croissance congénital, dont la composante jonctionnelle présente un désordre architectural léger et des atypies cytologiques légères (figure 4).

Il est donc convenu avec elle de ne pas intervenir et une visite de contrôle a lieu en novembre 2018. La lésion demeure à ce moment inchangée à l'examen clinique et dermoscopique. Une autosurveillance de cette lésion est proposée avec la nécessité de reconsulter en cas de changement significatif.

## Discussion

L'observation d'une pigmentation résiduelle à l'intérieur d'une cicatrice ancienne est fréquemment rencontrée en clinique et pose souvent un problème difficile. Il s'agit d'un défi diagnostique tant pour le dermatologue que pour l'anatomo-pathologiste.



Figure 2. Macule brune irrégulière de 4 mm au centre d'une cicatrice.



Figure 1. Lésion pigmentée suspecte de l'épaule postérieure gauche.

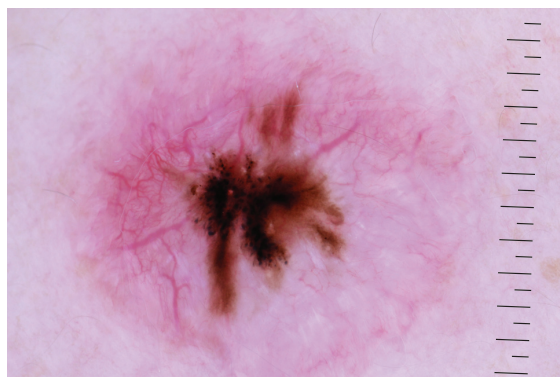


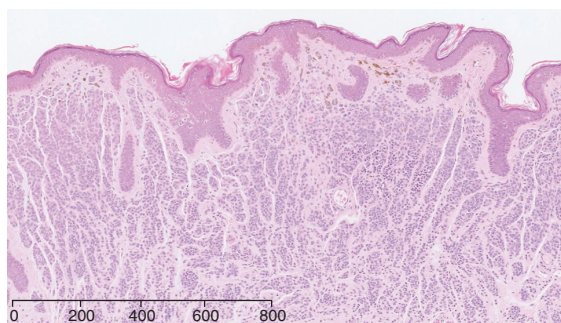
Figure 3. Dermoscopie : pigmentation étoilée, asymétrique avec de larges globules irréguliers et de larges stries brunes.

**TABLEAU 1.** Approche pour différencier entre un nævus récurrent et un mélanome récurrent (adapté de Blum *et al.* [2]).

Approche clinique		
	Nævus récurrent	Mélanome récurrent
Âge du patient	< 30 ans	> 30 ans
Délai d'apparition de la pigmentation	Court (semaines-mois)	Long (6 mois-années)
Approche dermoscopique		
Nævus récurrent	Mélanome récurrent	
Lignes radiales	Pigmentation autour du follicule pileux, « cercles » (visage)	
Symétrie	Hyperpigmentation excentrique	
Croissance centrifuge	Croissance chaotique	
Croissance continue	Croissance discontinue	
Pigmentation respecte berges de la cicatrice	Pigmentation au-delà de la cicatrice (meilleur indicateur lors des analyses statistiques)	

Cette patiente se souvenait très bien d'avoir subi une exérèse de cette lésion pigmentée, mais ceci n'est pas toujours le cas, surtout chez les patients qui ont eu plusieurs interventions au niveau du dos. Lorsqu'il est possible de retrouver le spécimen initial, son analyse anatomo-pathologique est souvent préférable à la biopsie de la lésion atypique récurrente à l'intérieur de la cicatrice. En effet, il est parfois difficile pour le pathologiste de confirmer la bénignité et le terme pseudo-mélanome était fréquemment utilisé par le passé [1]. Le terme de « nævus récurrent » est maintenant adopté afin d'éviter toute confusion.

Au cours des dernières années, de nombreux articles ont décrit les signes dermoscopiques des lésions pigmentées récurrentes [2-7]. Une publication importante de la *Société Internationale de Dermoscopie* en 2014 par Blum *et al.* [2] propose des critères dermoscopiques qui ont fait l'objet d'un consensus pour différencier un nævus récurrent d'un mélanome récurrent : le *tableau 1*



**Figure 4.** Histopathologie : nævus à prédominance intra-dermique avec atypies légères.

résume les critères différentiels cliniques et dermoscopiques importants à rechercher.

En pratique, lorsque la révision de l'anatomopathologie initiale révèle des atypies mélanocytaires sévères, un mélanome *in situ* ou invasif, une biopsie exérèse de toute la pigmentation récurrente indépendamment des signes dermoscopiques est recommandée. Si l'histopathologie d'origine n'est pas disponible, mais que les critères cliniques et dermoscopiques sont rassurants, un suivi clinique et dermoscopique de trois à six mois est proposé. En l'absence d'évolution locale, une auto-surveillance est proposée.

### Conclusion

Devant une pigmentation récurrente à l'intérieur ou à la marge d'une ancienne cicatrice, différents aspects doivent être évalués et considérés (histoire de cette lésion, signes cliniques, signes dermoscopiques, évolution et analyse anatomo-pathologique de la lésion initiale par un pathologiste expérimenté) afin de prendre une décision éclairée pour la prise en charge.



**Remerciements :** Louis-Philippe Gagnon pour la photographie pathologique et Jean-François Sei pour la relecture.

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

### Références :

- 1- Fox JC, Reed JA, Shea CR. The recurrent nevus phenomenon : a history of challenge, controversy, and discovery. *Arch Pathol Lab Med* 2011 ; 135 (7) : 842-6.
- 2- Blum A, Hofmann-Wellenhof R, Marghoob A, *et al.* Recurrent melanocytic nevi and melanomas in Recurrent melanocytic nevi

and melanomas in dermoscopy : Results of a multicenter study of the International Dermoscopy Society. *JAMA Dermatol* 2014 ; 150 (2) : 138-45. doi: 10.1001/jamadermatol.2013.6908.

3- Arpaia N, Cassano N, Vena GA. Lessons on dermoscopy : malignant melanoma on surgical scar-dermoscopic features. *Dermatol Surg* 2004 ; 30 ((12, pt 1)) : 1493-4.

4- Botella-Estrada R, Nagore E, Sopena J, *et al.* Clinical, dermoscopy and histological correlation study of melanotic pigmentations in excision scars of melanocytic tumours. *Br J Dermatol* 2006 ; 154 (3) : 478-84.

5- Cha HC, Harting M, Cha KB, *et al.* Effects of contiguous scars in dermatoscopic evaluation of clinically atypical melanocytic nevi. *J Am Acad. Dermatol* 2012 ; 66 (5) : e179-80.

6- Richtig E, Ahlgrim-Siess I, Zalaudek V, Leinweber B, Hofmann-Wellenhof R. Repigmentation after surgery of melanoma in a burn scar : dermoscopy as aid for the management decision. *Dermatol Surg* 2007 ; 33 (7) : 839-41.

7- Yoshida Y, Yamada N, Adachi K, Tanaka M, Yamamoto O. Traumatized recurrent melanocytic naevus with typical starburst pattern on dermoscopy. *Acta Derm Venereol* 2008 ; 88 (4) : 408-9.



# Photodermatologie

Photobiologie, photoprotection et photothérapie

3<sup>e</sup> édition

doin

• Juin 2018  
• 17 x 24 cm • 398 pages  
• ISBN : 978-2-7040-1563-4  
• 68 €

Également disponible en Ebook



**doin** | **John Libbey**  
EUROTEXT

**En savoir +**  
sur [www.jle.com](http://www.jle.com)



**Pr Jean-Luc Schmutz**  
CHU Nancy  
Président de la Société Française  
de Photodermatologie

Neuf années après la précédente édition, cet ouvrage dresse le **bilan des progrès significatifs réalisés dans le domaine** et permet d'apporter des solutions nouvelles aux patients et une **meilleure prise en charge** des pathologies cutanées. **La référence de la discipline.**