



**La peau a une multitude
d'histoires à raconter.
Il suffit de savoir les lire.**



TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	04
2. Les DELTAs	06
3. Le cancer de la peau aime se camoufler	09
4. Mode d'emploi	11
5. La dermatoscopie pour les changements cutanés	12
6. Algorithme de différenciation	
des tumeurs de la peau	14
6.1. 1. Étape	16
6.2. 2. Étape	19
6.3. 3. Étape	24
6.4. Couleurs	26
6.5. Autres critères de diagnostic	27
7. Différenciation de tumeurs de	
la peau bénignes ou malignes	28
8. La règle « AC »	29
9. Ouvrages de référence	37

1. | 1989 : HEINE invente le premier dermatoscope.

Le premier dermatoscope au monde, le HEINE DELTA 10, a fondamentalement changé notre manière d'ausculter les nævi, changements cutanés et mélanomes de toutes sortes. Et, dans le monde entier, la précision du diagnostic des dermatologues a presque doublé en passant de 55 à 90 %.

Depuis, les dermatologues voient les grains de beauté encore mieux.

Grâce au dermatoscope, les dermatologues voient bien plus de choses sur la peau qu'à l'œil nu. C'est pour eux que nous avons inventé le dermatoscope il y a 30 ans. Pour la « petite » histoire : En 1989, à titre préventif, Helmut A. Heine, notre fondateur, s'est rendu avec son épouse chez un dermatologue pour un grain de beauté qui leur paraissait à tous deux atypique. Le dermatologue l'a examiné d'un rapide coup d'œil et leur a dit : pas de soucis.

Notre fondateur était abasourdi. Comment le médecin pouvait-il arriver à ce constat sans observation approfondie ? Cela n'était pas suffisant pour Monsieur Heine. C'est ainsi que HEINE Optotechnik, avec le professeur Dr. Otto Braun-Falco, a développé le premier dermatoscope nommé DELTA 10.

Et nous en sommes encore plus que fiers aujourd'hui ! Ce qui nous motive, c'est de détecter le plus tôt possible et dans le meilleur des cas, de guérir, les maladies, en particulier lorsqu'elles sont aussi dangereuses que le cancer de la peau. Et, c'est là notre engagement au quotidien.

2. | En tout cas : dermatoscopes HEINE DELTA.

Les dermatoscopes DELTA sont équipés du système optique achromatique HEINE qui assure une représentation nette et cristalline, que l'on travaille à une distance proche ou plus éloignée de l'œil.

Le DELTAone, qui se glisse dans la poche d'une blouse, se distingue par son champ de vision véritable de 21 mm et permet, tout comme le DELTA 30 et DELTA 30 PRO, de passer rapidement de l'examen avec contact à l'examen sans contact.

SOUVENEZ-VOUS DE CHAQUE GRAIN DE BEAUTÉ.

Avec HEINE DERManager, la saisie numérique et la gestion des images de la peau deviennent un jeu d'enfant. À l'aide d'un adaptateur, combinez les dermatoscopes HEINE DELTA à un smartphone. Lors du dépistage du cancer de la peau, les données peuvent compléter le suivi.

Plus d'informations sur heine.com/en/dermanager

Place au DELTA 30 PRO.

Grâce à une nouvelle disposition des éléments LED^{HQ} dans notre nouveau dermatoscope haut de gamme, la lumière atteint également les couches profondes de la peau. Il en résulte une impression extrêmement plastique et spatiale des lésions, semblable à une représentation en 3D. Ainsi, même les détails des détails ressortent encore mieux.

Optique de précision, pour une image toujours nette et cristalline

Champ de vision maximal avec 30 vrais mm (lentille de 32 mm) Ø

La lumière LED^{HQ} atteint les couches profondes de la peau pour une impression extrêmement plastique et spatiale des lésions

Avec la fonction HEINE colorSHIFT qui vous permet d'adapter la couleur de l'éclairage à vos propres habitudes et à la situation d'examen

Manipulation ergonomique grâce au design en angles du produit



Documentation numérique avec le HEINE DERManager exclusif



Accessoires en option :
Bague de travail HEINE diSTANCE





3. | Le cancer de la peau aime se camoufler.

Le cancer de la peau n'est pas toujours facile à déceler.

Le développement, l'introduction, l'utilisation répandue et l'exploration de la dermatoscopie ont contribué largement au dépistage précoce et ainsi à un meilleur pronostic des tumeurs cutanées malignes. De plus, le taux d'excisions inutiles de tumeurs bénignes de la peau a été considérablement réduit.

L'incidence annuelle de mélanomes, de carcinomes basocellulaires et de carcinomes épidermoïdes continue à augmenter sensiblement. Par conséquent, les tumeurs malignes de la peau chez les personnes à type de peau claire (I – III selon Fitzpatrick) représentent désormais les cancers de la peau les plus fréquents chez la femme et l'homme.

Ce mode d'emploi a pour objectif de fournir des connaissances de base solides dans le domaine de la dermatoscopie et une approche structurée pour le diagnostic de changements cutanés pigmentés et non pigmentés.

Ce n'est qu'avec l'utilisation permanente sur le patient, la corrélation des images dermatoscopiques avec les histologies de tumeurs cutanées excisées ainsi que par la participation à des sessions de formation que l'utilisateur acquiert la routine nécessaire et une sécurité croissante en terme d'usage du dermatoscope.

Appareils de dermatoscopie

Les différents dermatoscopes de HEINE Optotechnik sont des microscopes en épiluminescence compacts, robustes et fiables, permettant un grossissement analogique de 10 à 16 fois et un grossissement numérique jusqu'à 40 fois. Avec ou sans technique de polarisation, ils sont parfaitement adaptés à un examen quotidien de changements cutanés pigmentés et non pigmentés et peuvent également être utilisés pour d'autres indications.

Par humidification avec un liquide d'immersion, le changement cutané est évalué avec le dermatoscope lumineux, à travers l'embout de contact.

Pour les dermatoscopes DELTA avec filtre de polarisation, un liquide d'immersion n'est en principe pas nécessaire, mais utile notamment pour les tumeurs de la peau mélanocytaires et/ou richement vascularisées.

Pour certains dermatoscopes comme le DELTA 20T, il est possible de passer du mode éclairage polarisé au mode non polarisé et inversement par l'actionnement d'un bouton. La fonction "Toggle" permet de passer d'un mode d'éclairage à un autre et permet de reconnaître, en observant des structures et milieux cristallins, ce que l'on nomme les « blink signs ».

La documentation numérique des images dermatoscopiques est non seulement utile pour la communication avec les patients et les histopathologistes, elle est également un élément essentiel du contrôle des risques de progression, de la recherche et de l'enseignement. Elle est possible avec presque tous les dermatoscopes HEINE.

4. | La dermatoscopie pour les lésions pigmentées et non pigmentées.

**Andreas Blum, Herwig Swoboda et
Rainer Hofmann-Wellenhof**

Dans ce mode d'emploi sont réunis et mis à jour, selon la littérature, les principales bases de la dermatoscopie. Le premier mode d'emploi créé par le professeur Stolz a servi de base à son élaboration. Les images ont été réalisées avec l'adaptateur photo HEINE SLR et le dermatoscope DELTA 20 Plus ou DELTA 20T.

Informations importantes pour l'utilisateur/utilisatrice :
Les connaissances dans le domaine médical varient sans cesse en fonction des résultats de la recherche et de l'expérience clinique. Les auteurs de cet ouvrage ont fait diligence pour que les indications diagnostiques rédigées dans cet ouvrage correspondent à l'état actuel des connaissances.

Cela ne dégage néanmoins pas l'utilisateur/utilisatrice de son obligation de vérifier, à l'aide des dernières sources d'informations, si les indications se trouvant dans celles-ci divergent de celles de cet ouvrage. L'utilisateur/utilisatrice s'engage à une classification et un diagnostic propre de tumeurs de la peau et de changements cutanés.

Constance/Allemagne et Graz/Autriche, juillet 2013

5. Structures différentielles et couleurs en dermatoscopie.

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.

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) :

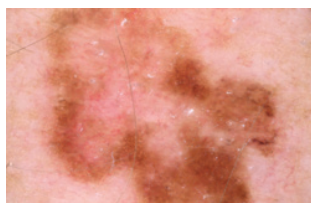


Fig. 1:
Avec filtre de polarisation sans liquide d'immersion et avec éclairage plein (4 LED).

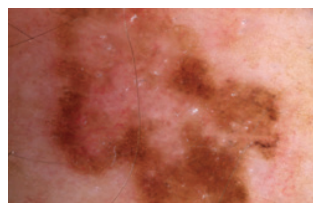


Fig. 2:
Avec filtre de polarisation sans liquide d'immersion et avec éclairage d'un seul côté (2 LED).

Dans la plupart des cas, en particulier lors de lésions vasculaires, nous utilisons l'application du dermatoscope avec filtre de polarisation, un liquide d'immersion 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.



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

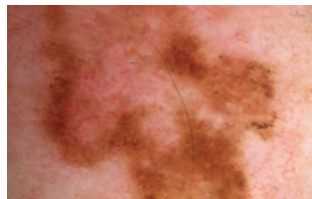


Fig. 4:
Avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion et avec éclairage d'un seul côté (2 LED).

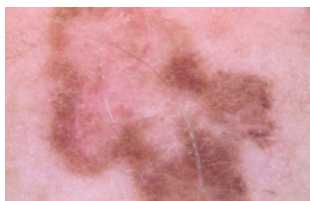


Fig. 5:
Sans filtre de polarisation sans liquide d'immersion et avec éclairage plein (4 LED).



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

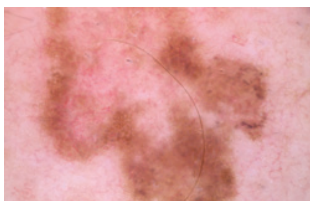


Fig. 7:
Sans filtre de polarisation avec liquide d'immersion et avec éclairage plein (4 LED).

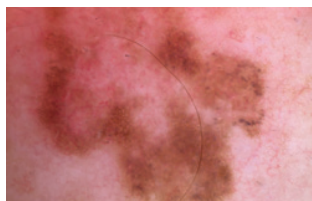


Fig. 8:
Sans filtre de polarisation avec liquide d'immersion et avec éclairage d'un seul côté (2 LED).

6. | Algorithme de différenciation des tumeurs de la peau.

La première différenciation de diagnostic doit séparer les lésions pigmentées 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.

1ère étape	→ Réseau pigmentaire, stries, globules, pigmentation brune/bleue homogène Lésion - Exception: Dermatofibrome, Lentigo solaire, mamelon accessoire	→ mélanocytaire
2è étape	→ Pseudo-kystes cornés, pseudo-comédons, aspect de dermatoglyphes, structures cérébriformes, couleur opaque → Lacunes rouges à bleu-noir, voile blanc possible → Hyperkératose → Vaisseaux arborescents, globules ovales bleu-gris, Ulcération, structure en roue dentée, structure en forme de feuille d'érable → Halo blanc autour de kératose folliculaire, pseudo-réseau avec érythème, follicules remplis de kératine, éventuellement vaisseaux autour du follicule → Plaque rougeâtre/brune, hyperkératose possible, Vaisseaux glomérulaires ou punctiformes agencés en ligne → Vaisseaux autour d'une greffe de kératine centrale → Hyperkératoses, hémorragies, éventuellement halo blanc autour du follicule	→ Kératose séborrhéique → Angiome → Angiokératome → Carcinome basocellulaire → Kératose actinique → Maladie de Bowen → Kératoacanthome → Carcinome spinocellulaire
3è étape	→ Aucune des structures/polymorphies de lésions nommées - lésion solitaire bleue, noire ou nodulaire rougeâtre	→ CAVE

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 (< 0,2 mm d'épaisseur de la tumeur, mélanome principalement in-situ). Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion et avec éclairage plein (4 LED).

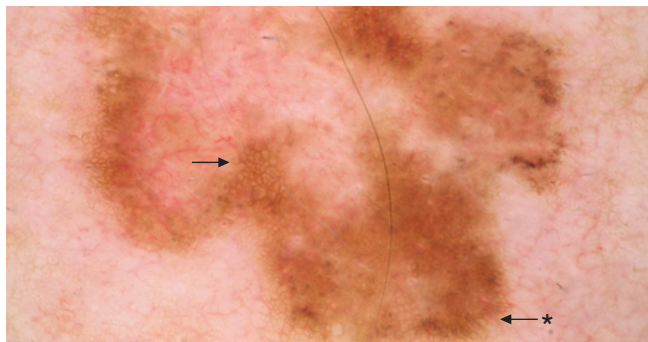


Fig. 11:

Globules dans un nævus mélanocytaire. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion et avec éclairage plein (4 LED).

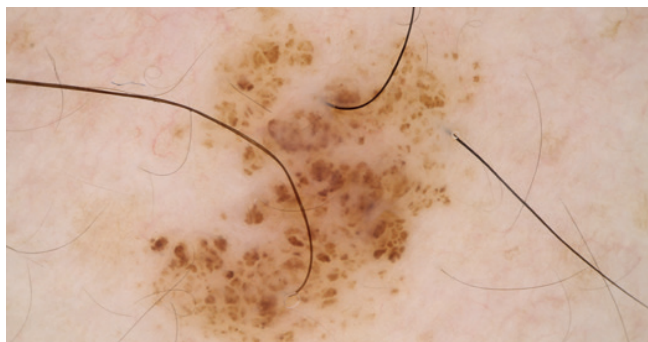


Fig. 12:

Pigmentation bleue homogène dans un naévus bleu (prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion et avec éclairage plein (4 LED).

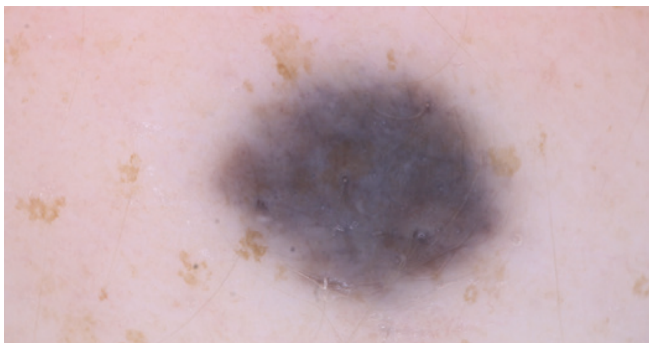


Fig. 13a:

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 et avec éclairage plein (4 LED).

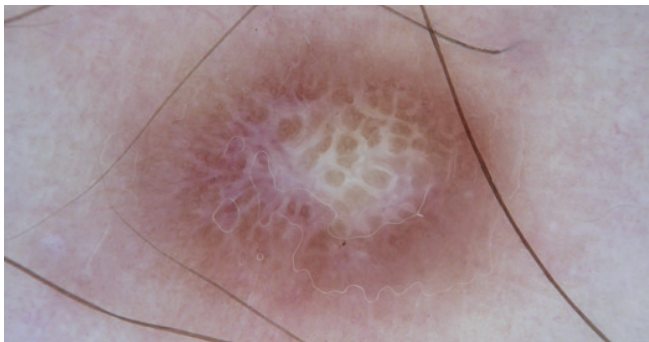


Fig. 13b:

Hyperpigmentation en forme de réseau d'un lentigo solaire. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion et avec éclairage plein (4 LED).

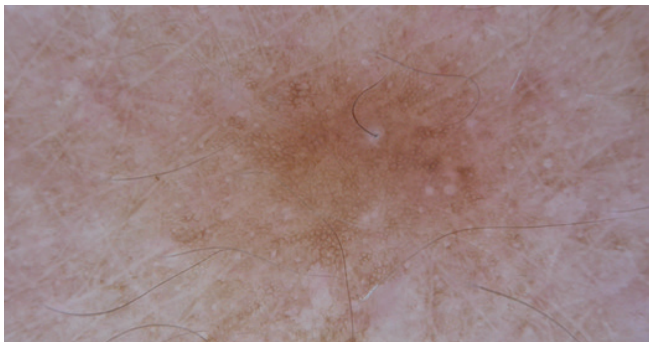
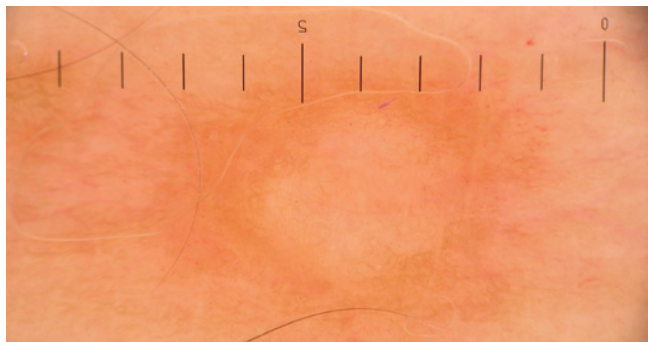


Fig. 13c:

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 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, au cours de la 2^e étape, il convient alors 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 et avec éclairage plein (4 LED).

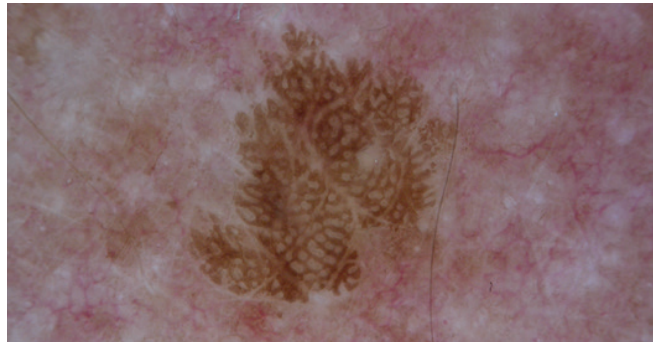


Fig. 14b:

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

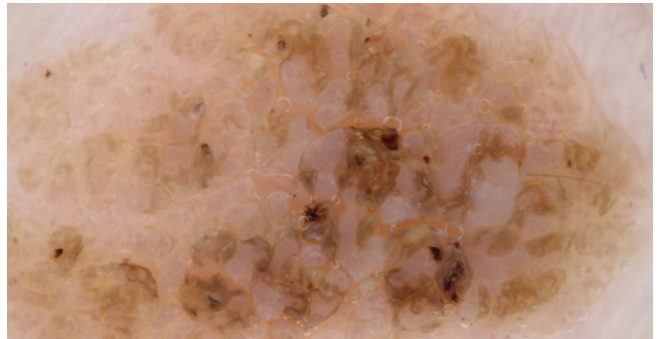


Fig. 14c:

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 et avec éclairage plein (4 LED).

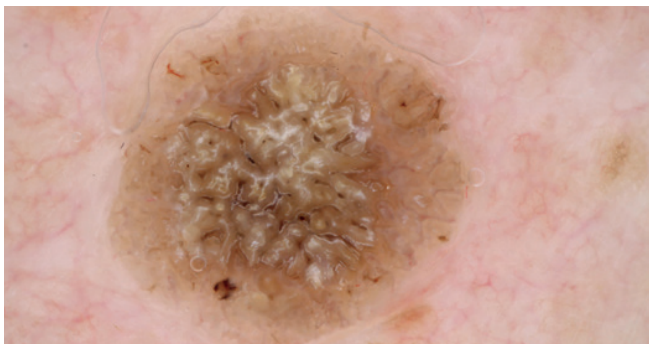


Fig. 14d:

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 et avec éclairage d'un seul côté (2 LED).

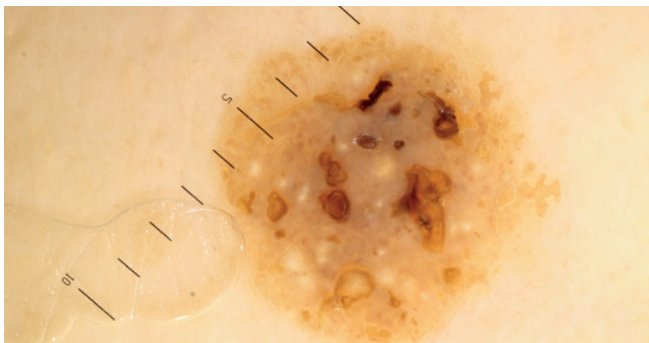


Fig. 15a:

Lacunes rougeâtres avec stries fines blanches dans un angiome sénile. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion et avec éclairage plein (4 LED).

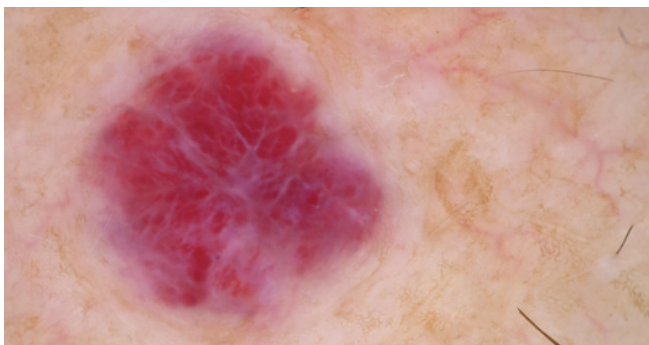


Fig. 15b:

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

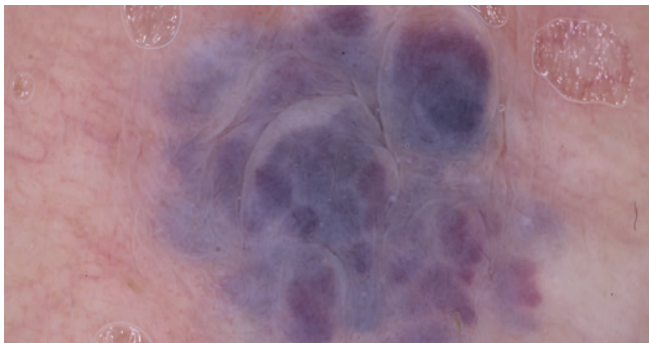


Fig. 16a:

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

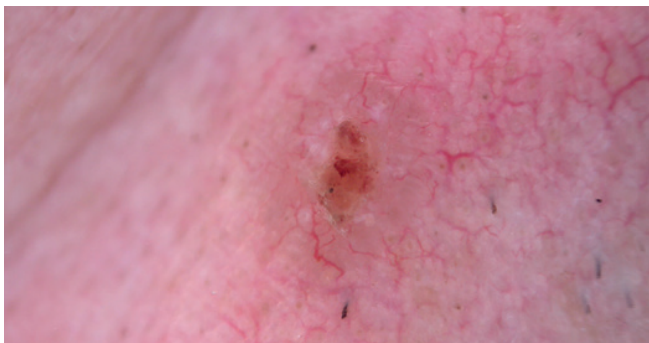


Fig. 16b:

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 et avec éclairage d'un seul côté (2 LED).

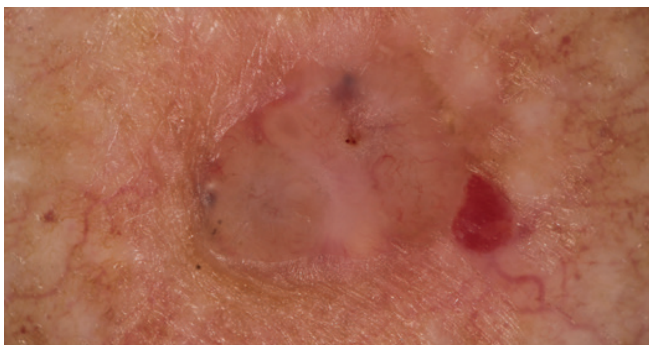


Fig. 17a:

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 et avec éclairage plein (4 LED).

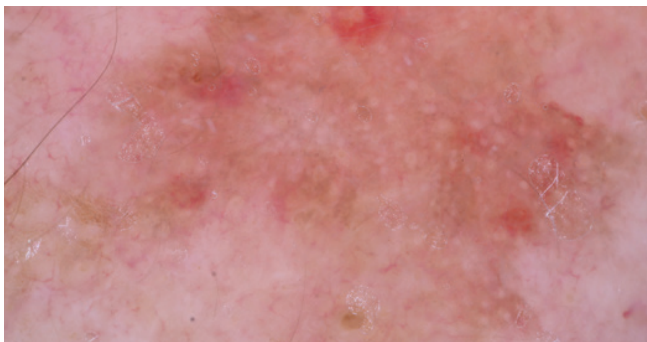


Fig. 17b:

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 et avec éclairage plein (4 LED).

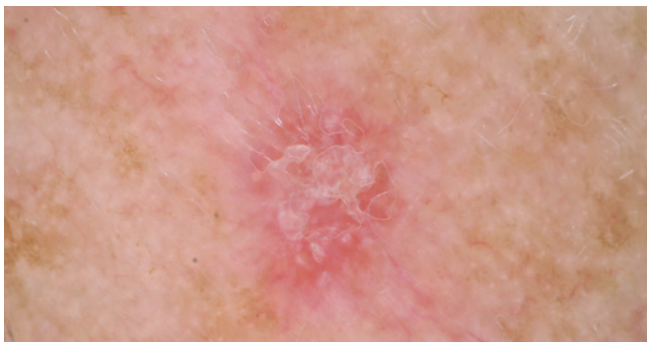


Fig. 17c:

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

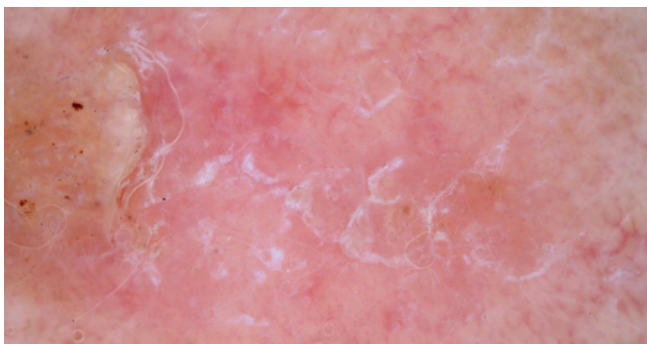


Fig. 18:

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 et avec éclairage plein (4 LED).

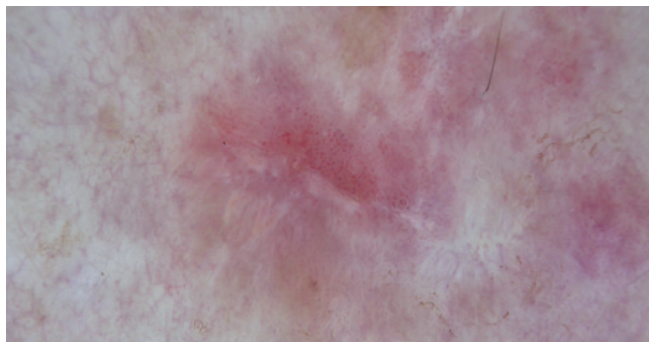


Fig. 19:

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 et avec éclairage plein (4 LED).

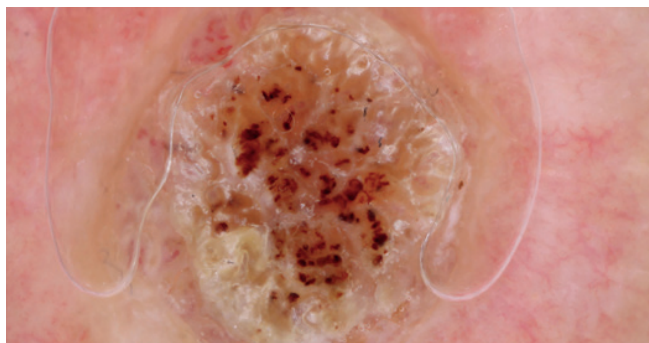
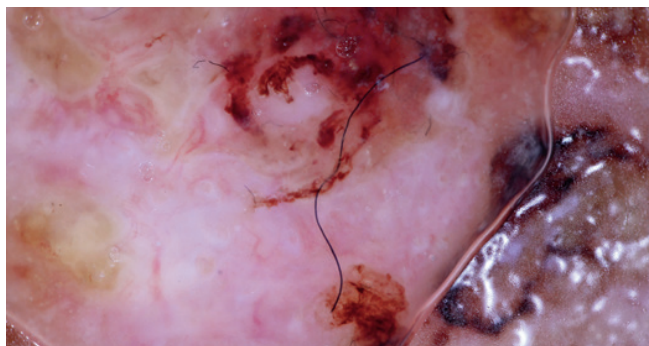


Fig. 20:

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 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 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).

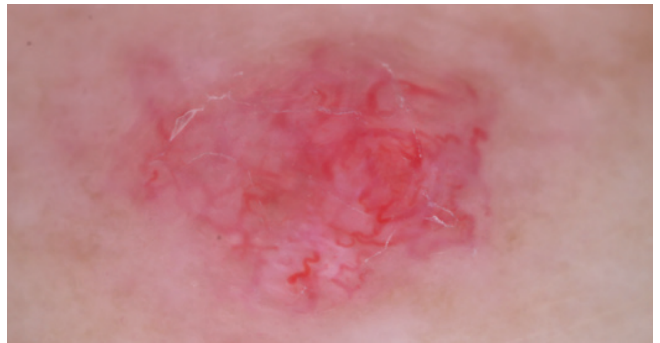
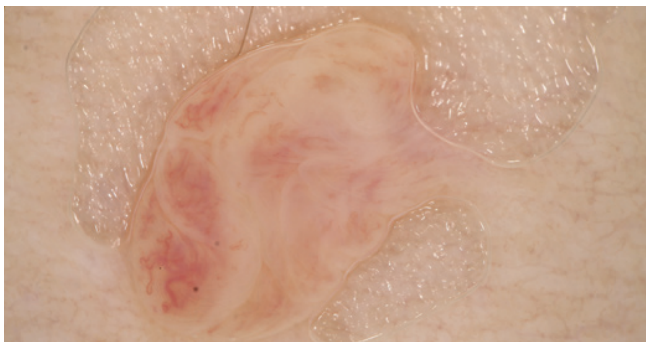


Fig. 23:

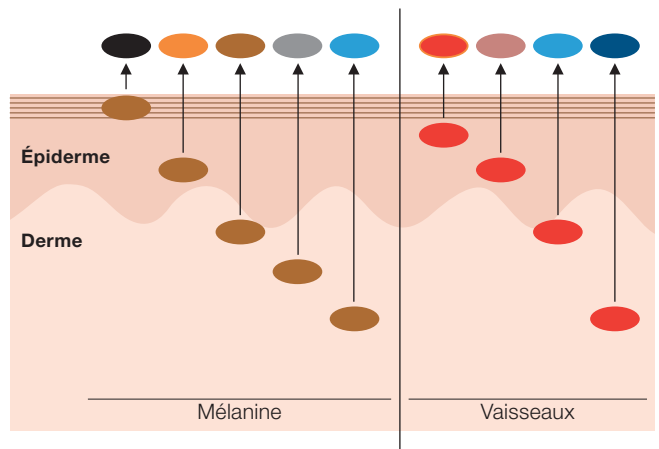
Vaisseau distinct atypique dans une lésion sans structure exophytique avec « wobble-sign » typique (en cas de mouvement du dermatoscope, la lésion se déplace en même temps) dans un nævus dermique. Prise de vue avec filtre de polarisation avec liquide d'immersion et avec éclairage plein (4 LED).



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.

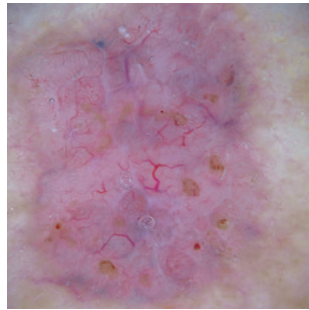
Fig. 24:
Les couleurs visibles de manière dermatoscopique en raison de la position de la mélanine (gauche) et des vaisseaux sanguins (droite).



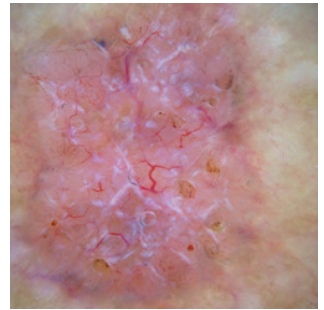
Autres critères de diagnostic

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.*

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



Enregistrement avec une lumière non polarisée



Enregistrement avec une lumière polarisée

*Braun RP, Scope A, Marghoob AA. The "Blink Sign" in Dermoscopy. Arch Dermatol. 2011; 147(4):520.

7. | 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.

8. | 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 »)

Tableau 1

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

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 pas 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 %.

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 ».

Tableau 2

« Règle AC »	Asymétrie et Variations de couleurs
Remarques (« clues »)	► lignes ou pseudopodes (= lignes radiaires épaissies) uniquement segmentées et radiaires (fig. 29, 30) ► vaisseaux polymorphes (fig. 35) ► réseau atypique épaissi ou lignes ramifiées (fig. 29, 30) ► tumeur bleue, noire ou rouge noduleuse inconnue (fig. 32, 33, 34)

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.

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 sur ma peau, est-ce que je vivrais avec ?
- ▶ Je suis curieux de savoir ce que c'est (selon Jürgen Kreusch).

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 et avec éclairage plein (4 LED).

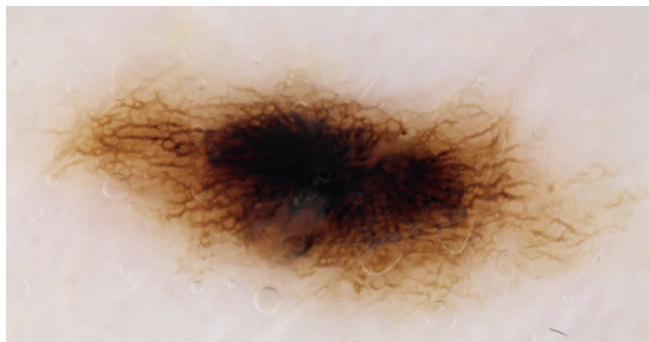


Fig. 26:

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 et avec éclairage réduit (2 LED).

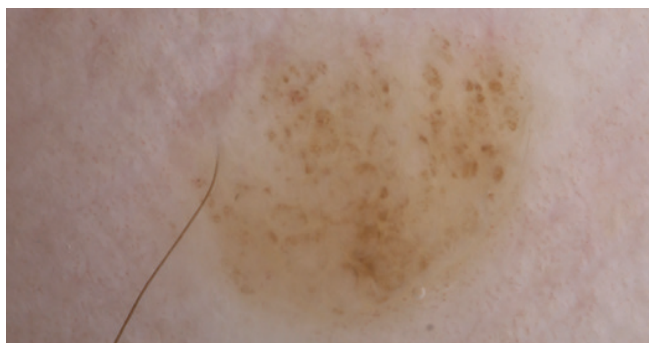


Fig. 27:

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 et avec éclairage plein (4 LED).

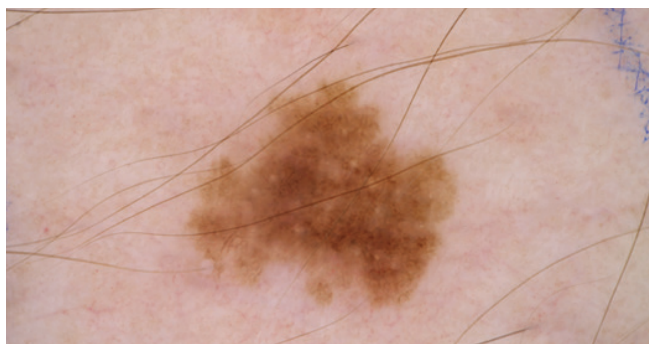


Fig. 28:

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

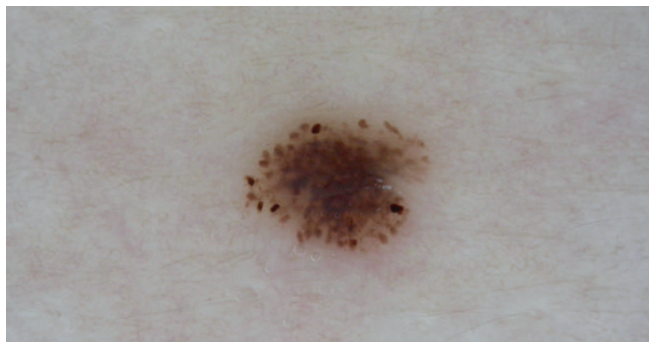


Fig. 29:

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 et avec éclairage plein (4 LED).

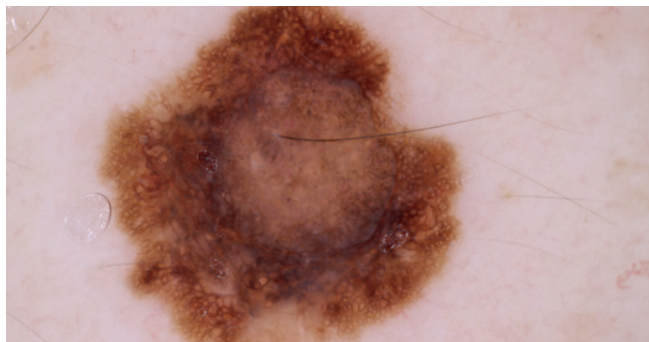


Fig. 30:

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 et avec éclairage plein (4 LED).

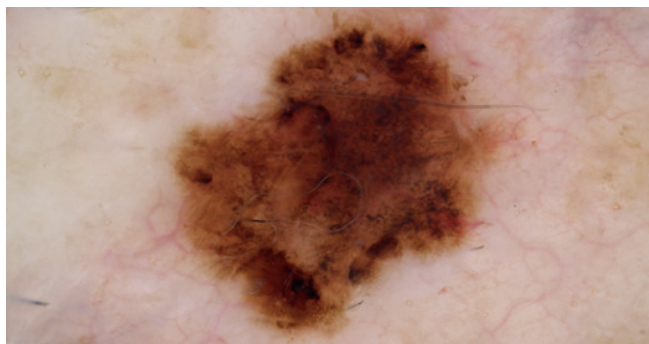


Fig. 31:

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

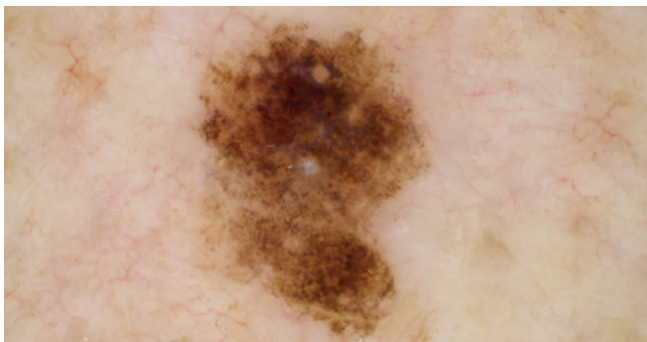


Fig. 32:

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 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 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 et avec éclairage plein (4 LED).

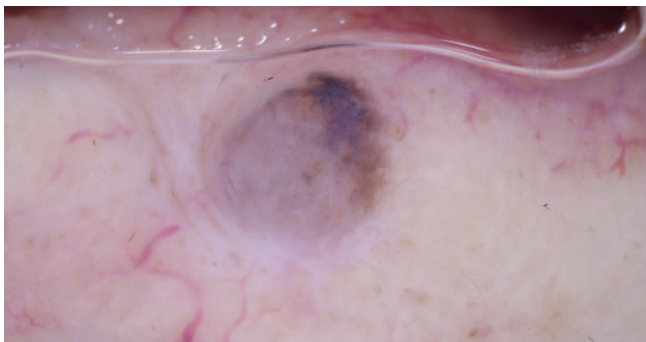


Fig. 35:

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 et avec éclairage plein (4 LED).

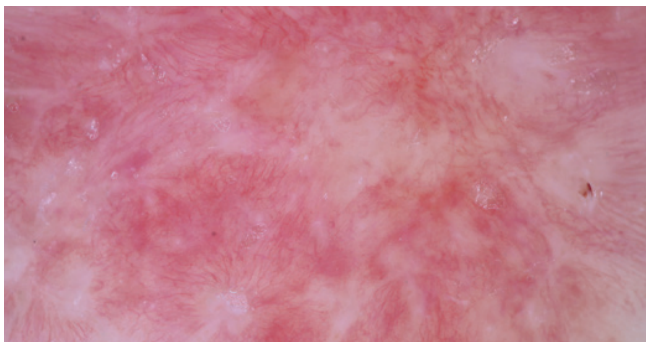


Fig. 36:

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 et avec éclairage plein (4 LED).

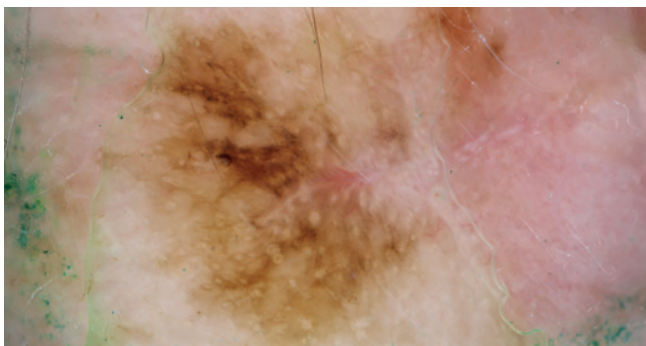


Fig. 37:

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 HEINE) et avec éclairage plein (4 LED).



9. | 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 dermoscopy (SDD). *J Dtsch Dermatol Ges* 4. doi: 10.1111/ddg.12072.

15. Kreusch J, Rassner G. Auflichtmikroskopie pigmentierter Hauttumoren. Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1991.
16. Luttrell 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. Luttrell 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, Viallard 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 Dermatioskopie. 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.
34. Source de l'image page 1: © master1305 / istockphoto.com
35. Source de l'image page 8: © Ahmed Shendi Abdelmonem / Shutterstock.com

Quality made in Germany.

Nous vivons et respirons la qualité. Dans tout ce que nous faisons, chaque produit que nous fabriquons. Dans chaque lentille que nous polissons. Chaque vis que nous serrons. Chaque fibre optique que nous assemblons. La qualité est toujours au premier plan de nos préoccupations, chaque jour.

La durabilité de nos instruments de diagnostic primaire est légendaire. Chaque instrument est le résultat de décennies de développement de produits, d'améliorations continues, de production et d'un contrôle qualité à 100 % dans nos propres installations. Nous veillons à ce que nos attentes élevées en matière de qualité soient maintenues.

C'est ainsi que nous nous assurons que nos produits haut de gamme répondent à notre exigence de fournir le diagnostic le plus précis et le plus précoce possible.

Ni plus ni moins.

HEINE Optotechnik GmbH & Co. KG

Dornierstr. 6, 82205 Gilching, Germany
www.heine.com



Sous réserve de modifications
techniques.

10/23. med 112339 FR

Prix nominal 12,50 Euro

