

Séminaire Dermoscopie FFFCEDV 2026

Comptes rendus rédigés par Arno WAHLER - Interne de dermatologie à Paris

I. Nouveautés en dermoscopie

A. les signes dermoscopiques du mélanome, “back to basics” - Dr Elisabeth LORIER-ROY

La première question à se poser face à une lésion suspecte reste sa nature mélanocytaire : s'agit-il d'un réseau, de pavés, de globules, de points, de stries ou d'un aspect bleu ?

Un réseau pigmenté typique se caractérise par son homogénéité, tant dans la taille des mailles que dans celle du filet, avec un estompement progressif en périphérie. Il faut cependant garder à l'esprit qu'un réseau pigmenté peut parfois être d'origine kératinocytaire, comme dans l'histiocytofibrome.

Parmi les principaux critères du mélanome à extension superficielle (SSM), on retrouve une irrégularité de la maille, des globules périphériques, des lignes épaissies, ainsi qu'une bordure abrupte. La présence d'une régression pseudo-cicatricielle, d'un peppering (granulations pigmentaires), d'aires bleu-gris ou d'un voile bleu-blanc – souvent associé à une hyperkératose – est également évocatrice. La régression, marquée par de la fibrose et de la mélanose, se manifeste par trois couleurs distinctes : le blanc de la fibrose, le gris du peppering lié à la mélanose, et le bleu en cas d'infiltration en profondeur.

D'autres signes dermoscopiques incluent des stries et pseudopodes irréguliers, des points et globules irréguliers, ainsi que des stries blanches brillantes en lumière polarisée – correspondant à du collagène orienté, dont les lignes se croisent sans se toucher, signe d'invasion. Les vaisseaux polymorphes, avec au moins deux structures vasculaires distinctes, les aires sans structure, le réseau inverse (réseau blanc clair), une bordure abrupte irrégulière, de petites aires multiples hyperpigmentées (traduisant une ascension de cellules mélanocytaires pagetoïdes) et des plis marqués hypopigmentés – peu spécifiques – complètent cette liste.

La checklist en 7 points d'Argienziانو reste une référence, mais il ne faut pas oublier qu'un seul critère net peut parfois suffire à évoquer le diagnostic. Les trois critères les plus fréquents – régression, réseau irrégulier, points et/ou globules irréguliers – peuvent également se retrouver dans des naevus bénins, ce qui souligne l'importance d'une analyse globale.

Enfin, en dermoscopie, la présence d'un voile gris-bleu associé à des stries augmente le risque de métastase à épaisseur de Breslow égale, tandis qu'une large zone de régression semble, au contraire, diminuer ce risque.

Références

- [1] D'Onghia M, Agueci S, Scotti B, Falcinelli F, Lo Conte S, Cartocci A, Cortez CD, Dika E, Tognetti L, Rubegni P, Perrot J, Cinotti E. Dermoscopy of Cutaneous Melanoma Metastases: A Comprehensive Literature Review. *Diagnostics* (Basel). 2026 Mar 2;16(5):738. doi: 10.3390/diagnostics16050738. PMID: 41828014; PMCID: PMC12984486.
- [2] Garbe C, Amaral T, Peris K, Hauschild A, Arenberger P, Basset-Seguín N, Bastholt L, Bataille V, Brochez L, Del Marmol V, Dréno B, Eggermont AMM, Fargnoli MC, Forsea AM, Höller C, Kaufmann R, Kelleners-Smeets N, Lallas A, Lebbé C, Leiter U, Longo C, Malvehy J, Moreno-Ramirez D, Nathan P, Pellacani G, Saiag P, Stockfleth E, Stratigos AJ, Van Akkooi ACJ, Vieira R, Zalaudek I, Lorigan P, Mandala M; European Association of Dermato-Oncology (EADO), the European Dermatology Forum (EDF), and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 1: Diagnostics - Update 2024. *Eur J Cancer*. 2025 Jan 17;215:115152. doi: 10.1016/j.ejca.2024.115152. Epub 2024 Nov 28. PMID: 39700658.
- [3] Russo T, Piccolo V, Ferrara G, Agozzino M, Alfano R, Longo C, Argenziano G. Dermoscopy pathology correlation in melanoma. *J Dermatol*. 2017 May;44(5):507-514. doi: 10.1111/1346-8138.13629. PMID: 28447355.
- [4] Iannosi SL, Calbureanu-Popescu MX, Iannosi NG, Tutunaru CV, Neagoe CD. The Importance of Dermoscopy in Early Recognition of Melanoma in Situ. *Curr Health Sci J*. 2019 Oct-Dec;45(4):366-371. doi: 10.12865/CHSJ.45.04.04. Epub 2019 Dec 30. PMID: 32110438; PMCID: PMC7014979.
- [5] Argenziano G, Briatico G, Di Brizzi EV, Scharf C, Brancaccio G, Moscarella E, Nicoletti MM, Verolino P, Lallas A, Kittler H. Rethinking Melanocytic Tumors: A Critical Appraisal of the WHO Classification and the Myth of Nevus-to-Melanoma Progression. *Dermatol Pract Concept*. 2025 Oct 1;15(4):e20256994. doi: 10.5826/dpc.1504a6994. PMID: 41236268; PMCID: PMC12615052.
- [6] Lallas K, Kittler H, Tschandl P, Liopyris K, Amaral T, Argenziano G, Bakos RM, Braun R, Cabo H, Dika E, Malvehy J, Marghoob A, Puig S, Scope A, Stolz W, Minagawa A, Costa MM, Agozzino M, Shalmon D, Briatico G, Cohen Sabban EN, Mar V, Mahon C, Muller NM, Tanaka M, Liu T, Pham F, Alessandrini A, Chamberlain A, Vico-Alonso C, Thomas L, Soyer HP, Apalla Z, Vakirlis E, Zalaudek I, Lallas A. Predictive models of melanoma metastasis based on dermoscopy in an international retrospective human reader study. *Nat Commun*. 2025 Dec 8;16(1):10940. doi: 10.1038/s41467-025-65972-w. PMID: 41360775; PMCID: PMC12686518.

B. Le mélanome de Dubreuilh dans tous ses états - Dr Jiliana MONIER

Le mélanome de Dubreuilh représente un véritable défi diagnostique, car de nombreux patients consultent pour des taches pigmentées, souvent confondues avec un lentigo actinique ou une kératose séborrhéique. Il s'agit en réalité d'une prolifération lentigineuse survenant sur des zones photo-exposées, évoluant de manière extensive et horizontale, avec une progression lente. Fréquemment localisé sur le nez, il peut devenir invasif après une longue période d'évolution et, dans certains cas, évoluer vers des métastases.

Sur le plan dermoscopique, les critères évocateurs incluent des ouvertures folliculaires pigmentées asymétriques, souvent associées à d'autres signes de mélanome, tels qu'un réseau atypique, une régression, une couleur hétérogène, une forme asymétrique, des points et globules, ou encore une granularité grisâtre.

Il est essentiel de ne pas sous-estimer le temps d'évolution de ces lésions : elles doivent être prises en charge, même chez des patients considérés comme « âgés », sans tomber dans l'âgisme. L'intelligence artificielle peut améliorer la spécificité des décisions, notamment pour les experts, mais elle reste inefficace pour les non-dermatologues. En revanche, l'imagerie multimodale apporte un vrai bénéfice, permettant également de réduire le nombre d'interventions chirurgicales.

Le mélanome de Dubreuilh peut parfois être multifocal, en particulier chez des patients ayant eu une exposition solaire intense tout au long de leur vie. Dans ce contexte, l'utilisation de la LC-OCT (tomographie par cohérence optique en ligne confocale) permet une cartographie plus précise que les biopsies au punch, qui peuvent manquer les zones mélanocytaires et infiltrantes.

Une étude récente en microscopie confocale sur des lésions péri-orificielles a montré que 88 % des cas étaient en marge saine dès la première chirurgie, et ses résultats sont en cours de soumission. En cas de doute, l'exérèse reste la règle.

Enfin, une publication récente de Navarrete-Dechent et al met en avant des photos montrant des projections péripholliculaires, un signe caractéristique du mélanome de Dubreuilh.

Références

- [1] D'Onghia M, Falcinelli F, Barbarossa L, Pinto A, Cartocci A, Tognetti L, Rubegni G, Batsikosta A, Rubegni P, Cinotti E. Zoom-in Dermoscopy for Facial Tumors. *Diagnostics (Basel)*. 2025 Jan 30;15(3):324. doi: 10.3390/diagnostics15030324. PMID: 39941253; PMCID: PMC11817280.
- [2] Fried LJ, Tan A, Berry EG, Braun RP, Curiel-Lewandrowski C, Curtis J, Ferris LK, Hartman RI, Jaimes N, Kawaoka JC, Kim CC, Lallas A, Leachman SA, Levin A, Lucey P, Marchetti MA, Marghoob AA, Miller D, Nelson KC, Prodanovic E, Seiverling EV, Swetter SM, Savory SA, Usatine RP, Wei ML, Polsky D, Stein JA, Liebman TN. Dermoscopy Proficiency Expectations for US Dermatology Resident Physicians: Results of a Modified Delphi Survey of Pigmented Lesion Experts. *JAMA Dermatol*. 2021 Feb 1;157(2):189-197. doi: 10.1001/jamadermatol.2020.5213. PMID: 33404623; PMCID: PMC7788510.
- [3] Williams NM, Rojas KD, Reynolds JM, Kwon D, Shum-Tien J, Jaimes N. Assessment of Diagnostic Accuracy of Dermoscopic Structures and Patterns Used in Melanoma Detection: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2021 Sep 1;157(9):1078-1088. doi: 10.1001/jamadermatol.2021.2845. PMID: 34347005; PMCID: PMC8339993.
- [4] Navarrete-Dechent C, Jaimes N, Dusza SW, Liopyris K, Marchetti MA, Cordova M, Oliviero M, Villaseca MA, Pulitzer M, Busam KJ, Rossi AM, Rabinovitz HS, Nehal KS, Scope A, Marghoob AA. Perinavarrear linear projections: A dermatoscopic criterion for the diagnosis of lentigo maligna on the face. *J Am Acad Dermatol*. 2024 Jan;90(1):52-57. doi: 10.1016/j.jaad.2023.07.1036. Epub 2023 Aug 25. PMID: 37634737; PMCID: PMC11326498.

C. Dermoscopie des tumeurs palmo-plantaires pigmentées - Dr Jean-Yves GOURHANT

Contrairement à une idée reçue, les naevus des plantes ne sont pas plus susceptibles de dégénérer en mélanome. Une étude de Piccolo et al a d'ailleurs démontré que les lésions mélanocytaires plantaires sont en réalité moins souvent associées à des mélanomes.

Le diagnostic repose avant tout sur l'architecture du pigment par rapport aux sillons et aux crêtes : dans les naevus, le pigment se dépose principalement dans les sillons, tandis que dans les lésions malignes, il se situe au niveau des crêtes. Les naevus peuvent également présenter un patron en treillis ou fibrillaire, ce dernier étant particulièrement visible dans les zones de pression. Dans ce cas, on observe des traits parallèles partant des sillons et déviés vers les crêtes, avec une régularité caractéristique. Les sillons, fins, contrastent avec les crêtes, plus larges et percées d'orifices sudoraux. Pour mieux visualiser ces structures, l'utilisation d'encre peut s'avérer utile.

Certains naevus présentent des doubles lignes autour des sillons, sans que cela ne soit pathologique. De même, une pigmentation en points autour des orifices sudoraux n'a pas de caractère malin. Chez l'enfant, une pigmentation des crêtes est possible, mais elle ne justifie pas une exérèse systématique : une simple surveillance est alors recommandée. Il existe par ailleurs des naevus au niveau des zones de transition entre la peau glabre et la peau non glabre.

Pour le mélanome, deux signes dermoscopiques sont particulièrement évocateurs : un patron parallèle des crêtes, avec une spécificité de 99 %, et une pigmentation diffuse irrégulière, avec une spécificité de 96 %. Il convient cependant de ne pas confondre ce patron avec d'autres causes de pigmentation des crêtes, comme des hématomes, des lentigines (notamment chez les patients à peau noire) ou des colorations induites par certaines chimiothérapies.

En conclusion, si le pigment suit un patron dans les crêtes, l'exérèse est la règle, sauf chez l'enfant. En cas de patron atypique, une surveillance rapprochée peut être proposée si la lésion mesure moins de 7 mm.

Références

- [1] Rubegni P, Cevenini G, Nami N, Argenziano G, Saida T, Burroni M, Quaglino P, Bono R, Hofmann-Wellenhof R, Fimiani M. A simple scoring system for the diagnosis of palmo-plantar pigmented skin lesions by digital dermoscopy analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013 Mar;27(3):e312-9. doi: 10.1111/j.1468-3083.2012.04651.x. Epub 2012 Jul 23. PMID: 22817393.
- [2] Piccolo V, Russo T, Giacomel J, Lallas A, Alfano R, Argenziano G. Dispelling myths concerning pigmented skin lesions. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016 Jun;30(6):919-25. doi: 10.1111/jdv.13557. Epub 2016 Feb 3. PMID: 26840917.
- [3] Saida T. Malignant melanoma on the sole: how to detect the early lesions efficiently. Pigment Cell Res. 2000;13 Suppl 8:135-9. doi: 10.1034/j.1600-0749.13.s8.24.x. PMID: 11041371.

II. Zones spécifiques en dermoscopie

A. Dermoscopie du cuir chevelu - Dr Joël CLAVEAU

La surveillance des lésions du cuir chevelu doit impliquer à la fois les coiffeurs et les patients. Des campagnes de sensibilisation, comme Coiffer les Cheveux et Sauver la Vie (CcSV), ont déjà été menées avec succès en Australie. Pour un examen optimal, il est essentiel de raser les cheveux afin de bien délimiter les lésions. L'utilisation d'un miroir manuel est également très pratique pour l'auto-examen et doit être recommandée aux patients.

On retrouve sur le cuir chevelu toutes les lésions cutanées observées ailleurs sur le corps. Une publication de 2012 (Dermoscopy of scalp tumor) aborde spécifiquement ce sujet. Certaines particularités dermoscopiques sont à connaître : l'hypopigmentation périfolliculaire est un phénomène normal, et le naevus en cocarde est fréquent. Chez l'enfant, il ne faut pas réaliser de biopsie pour les lésions évoquant un naevus en cocarde ou en éclipse.

Les kératoses séborrhéiques, lésions les plus fréquentes du cuir chevelu, se distinguent aisément grâce aux globules cornés, clairement visibles en lumière polarisée.

Après l'apparition de canities (cheveux blancs), la réapparition d'une pigmentation de la chevelure sur une lésion pigmentée est un signe peu sensible de mélanome. Même sur une kératose séborrhéique, la pigmentation peut être reconduite, ce qui ne doit pas être interprété à tort comme un signe de malignité. D'autres lésions, comme la porokératose actinique, peuvent également siéger sur le cuir chevelu.

Pour les carcinomes basocellulaires (CBC), il est décrit des caractéristiques distinctes : les formes superficielles sont plus souvent tatouées (présence de vaisseaux fins et sinueux), tandis que les formes infiltrantes présentent plus fréquemment des vaisseaux arborescents, des stries brillantes en lumière polarisée et des îlots ovoïdes. Concernant le carcinome spinocellulaire, l'une des caractéristiques de la localisation au scalp de la kératose actinique est son caractère souvent pigmenté.

Les mélanomes du cuir chevelu représentent environ 5 % des mélanomes, avec une prédominance masculine (6 hommes pour 1 femme) et un pronostic moins favorable en raison d'une prise en charge souvent tardive. Ils présentent fréquemment des signes de lentigo malin ou de mélanome classique. Les mélanomes achromiques (non pigmentés) sont particulièrement trompeurs, et les mélanomes du cuir chevelu ont tendance à développer des lésions satellites. Enfin, le cuir chevelu peut aussi être le siège de métastases d'autres cancers, comme ceux du sein ou du rein.

Références

- [1] Lacarrubba F, Micali G, Tosti A. Scalp dermoscopy or trichoscopy. Curr Probl Dermatol. 2015;47:21-32. doi: 10.1159/000369402. Epub 2015 Feb 20. PMID: 26370641.

- [2] Stanganelli I, Argenziano G, Sera F, Blum A, Ozdemir F, Karaarslan IK, Piccolo D, Peris K, Kirchesch H, Bono R, Pizzichetta MA, Gasparini S, Braun RP, Correia O, Thomas L, Zaballos P, Puig S, Malvey J, Scalvenzi M, Rabinovitz H, Bergamo A, Pellacani G, Longo C, Pavlovic M, Rosendahl C, Hofmann-Wellenhof R, Cabo H, Marghoob AA, Langford D, Astorino S, Manganoni AM, Gourhant JY, Keir J, Grichnik JM, Fumo G, Dong H, Sortino Rachou AM, Ferrara G, Zalaudek I. Dermoscopy of scalp tumours: a multi-centre study conducted by the international dermoscopy society. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012 Aug;26(8):953-63. doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.04188.x. Epub 2011 Jul 26. PMID: 21790795.
- [3] Zalaudek I, Giacomel J, Schmid K, Bondino S, Rosendahl C, Cavicchini S, Tournalaki A, Gasparini S, Bourne P, Keir J, Kittler H, Eibenschutz L, Catricalà C, Argenziano G. Dermoscopy of facial actinic keratosis, intraepidermal carcinoma, and invasive squamous cell carcinoma: a progression model. *J Am Acad Dermatol*. 2012 Apr;66(4):589-97. doi: 10.1016/j.jaad.2011.02.011. Epub 2011 Aug 11. PMID: 21839538.
- [4] Licata G, Scharf C, Ronchi A, Pellerone S, Argenziano G, Verolino P, Moscarella E. Diagnosis and Management of Melanoma of the Scalp: A Review of the Literature. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2021 Oct 7;14:1435-1447. doi: 10.2147/CCID.S293115. PMID: 34675579; PMCID: PMC8504470.
- [5] Spyridis I, Papageorgiou C, Apalla Z, Manoli SM, Eftychidou P, Gkentsidi T, Bobos M, Boutis A, Vakirlis E, Sotiriou E, Ioannides D, Lallas A. The peculiar dermoscopic pattern of scalp melanoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022 Sep;36(9):1564-1567. doi: 10.1111/jdv.18145. Epub 2022 Apr 22. PMID: 35426175.
- [6] Cedirian S, Rapparini L, Sechi A, Piraccini BM, Starace M. Diagnosis and Management of Scalp Metastases: A Review. *Diagnostics (Basel)*. 2024 Jul 30;14(15):1638. doi: 10.3390/diagnostics14151638. PMID: 39125514; PMCID: PMC11311314.

B. Dermoscopie des lésions pigmentées des muqueuses - Dr Jean-François SEI

L'examen des muqueuses n'est pas systématiquement réalisé, alors qu'il devrait l'être, notamment en première ligne par les gynécologues. Cet examen nécessite une protection adaptée du matériel dermoscopiques (film plastique ou capuchon jetable).

Les lésions pigmentées des muqueuses appartiennent principalement au groupe lentigineux, avec pour les lésions malignes une évolution caractérisée par une phase de croissance lente, suivie d'une phase de progression verticale. Le stade précoce n'est presque jamais détecté cliniquement. Il s'agit de tumeurs rares : en France, on recense environ 50 nouveaux cas de mélanome muqueux par an, avec un pronostic sombre (seulement 36 % de survie à 5 ans). Ces lésions s'opposent aux mélanoses, qui sont, elles, très fréquentes.

Sur le plan dermoscopique, plus une lésion est hétérogène, plus elle est inquiétante. À l'inverse, un aspect homogène (annulaire, en écailles de poisson ou filamenteux) est plutôt rassurant. Ces aspects reflètent des particularités anatomopathologiques : une pigmentation localisée dans le derme superficiel (points et globules), la jonction dermo-épidermique (aspect homogène) ou les crêtes (écailles de poisson). De multiples couleurs peuvent être présentes et rester bénignes, tant qu'elles ne sont pas associées entre elles.

Les stries homogènes et régulières sont un signe très rassurant, même si l'aspect peut parfois être extrêmement trompeur. Il n'existe pas d'indication de surveillance médicale systématique pour les lésions de mélanose, mais l'autosurveillance par calque (avec traçage du contour par le patient) est vivement recommandée.

À l'inverse, les lésions malignes se caractérisent par un pattern inhomogène, avec plusieurs couleurs coexistant. Parmi elles, l'association bleu-blanc-gris est la plus spécifique du mélanome muqueux.

Les signes d'alerte sont donc l'hétérogénéité des structures et l'association des couleurs bleu, blanc et gris. En cas de doute, le suivi et la biopsie s'imposent sans délai.

Références

- [1] Haenssle HA, Fink C, Stolz W, Braun RP, Hofmann-Wellenhof R, Deinlein T, Kreusch J, Zalaudek I, Blum A. Dermatoskopie in Sonderlokalisationen : Nägel, akrale Haut, Gesicht und Mukosa [Dermoscopy in special locations :

- Nails, acral skin, face, and mucosa]. Hautarzt. 2019 Apr;70(4):295-311. German. doi: 10.1007/s00105-019-4372-1. PMID: 30895329.
- [2] Blum A, Simionescu O, Argenziano G, Braun R, Cabo H, Eichhorn A, Kirchesch H, Malvehy J, Marghoob AA, Puig S, Ozdemir F, Stolz W, Tromme I, Weigert U, Wolf IH, Zalaudek I, Kittler H. Dermoscopy of pigmented lesions of the mucosa and the mucocutaneous junction: results of a multicenter study by the International Dermoscopy Society (IDS). Arch Dermatol. 2011 Oct;147(10):1181-7. doi: 10.1001/archdermatol.2011.155. Epub 2011 Jun 16. PMID: 21680757.
- [3] Lin J, Koga H, Takata M, Saida T. Dermoscopy of pigmented lesions on mucocutaneous junction and mucous membrane. Br J Dermatol. 2009 Dec;161(6):1255-61. doi: 10.1111/j.1365-2133.2009.09251.x. Epub 2009 Aug 10. PMID: 19673880.
- [4] Lacarrubba F, Borghi A, Verzi AE, Corazza M, Stinco G, Micali G. Dermoscopy of genital diseases: a review. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020 Oct;34(10):2198-2207. doi: 10.1111/jdv.16723. Epub 2020 Jul 13. PMID: 32531092.

III. Techniques émergentes

A. Intégration des techniques d'imagerie non-invasives en pratique privée - Dr Hervé GARAT FOUCAULT

Nous traversons une période charnière, marquée par la prolifération de centres de dépistage "sauvages", dépourvus de médecins, alors que les nouvelles technologies restent coûteuses. Pourtant, pour une analyse optimale des lésions, l'utilisation combinée de plusieurs outils permet d'atteindre une spécificité et une sensibilité diagnostiques élevées.

Parmi les techniques les plus prometteuses, on trouve :

- la cartographie corporelle totale, dont la comparaison dans le temps apporte une valeur ajoutée majeure, la dermoscopie magnifiée, qui affine l'examen des détails.
- la LC-OCT (Tomographie par Cohérence Optique en Ligne Confocale), dont l'utilité est validée pour délimiter les marges des carcinomes basocellulaires, réduisant ainsi le nombre de chirurgies et améliorant le caractère complet des exérèses.
- la microscopie confocale, qui permet une analyse cellulaire en temps réel.

Des systèmes robotisés capables de scanner l'intégralité de la surface corporelle sont actuellement en phase de test, tandis que de nouveaux centres organisés par et pour les dermatologues, comme AB.Derm, commencent à ouvrir leurs portes.

Dans le domaine des nouveaux outils dermoscopiques, l'imagerie sous UV ouvre de nouvelles perspectives. L'UVFD (365 nm) fait l'objet d'une explosion de publications récentes.

Son principe repose sur :

- L'illumination : les chromophores absorbent la lumière UV.
- La réémission : certains composants réémettent de la lumière à des longueurs d'onde spécifiques.
- La filtration par l'appareil, qui met en évidence les structures réémettantes.

Ainsi, la kératine réémet en bleu-blanc, tandis que les porphyrines (notamment celles produites par des bactéries dans des affections comme l'acné ou l'érythrasma) réémettent en rouge-orange. En revanche, la mélanine n'émet pas (elle apparaît noire).

Par ailleurs, la dermatoscopie par réflectance sous-UV utilise des longueurs d'onde courtes (violet-bleu à 405 nm). Contrairement à l'UVFD, cette technique ne filtre pas la réflexion et produit une image en niveaux de gris. Son intérêt réside principalement dans l'analyse des structures non mélanocytaires.

Références :

- [1] Jebli Y, Mohme S, Alband N, Nogueira M, Rosell Diaz A, Rodriguez-Lomba E, Lefevre MA. Journal Club: Non-invasive imaging tools in daily onco-dermatology practice. Eur J Dermatol. 2022 Nov 1;32(6):810-812. English. doi: 10.1684/ejd.2022.4383. PMID: 36856399.
- [2] Lenoir C, Puig S, Albero-Gonzalez R, Suppa M, Del Marmol V, Cinotti E, Tognetti L, Rubegni P, Piscazzi F, Perrot JL, Dorado C, Carrera C, Malvey J, Pérez-Anker J. Added value of LC-OCT in equivocal melanocytic lesions: A prospective study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2026 Jul 28. doi: 10.1111/jdv.70645. Epub ahead of print. PMID: 42518185.
- [3] Winkler JK, Kommos KS, Vollmer AS, Enk AH, Haenssle HA, Toberer F. Optical super-high magnification dermoscopy of benign and malignant melanocytic lesions in correlation with histopathology. J Dtsch Dermatol Ges. 2025 May;23(5):610-619. doi: 10.1111/ddg.15640. Epub 2025 Feb 28. PMID: 40018765; PMCID: PMC12087710.
- [4] Anriot J, Yan S, Coste C, Tschandl P, Verlingue L, Andremasse C, Amini-Adle M, Perrot JL, Ge Z, Kittler H, Thomas L. Limits of Artificial Intelligence Models for Skin Cancer Diagnosis in Realistic Settings. JAMA Dermatol. 2026 Jul 1;162(7):701-708. doi: 10.1001/jamadermatol.2026.1492. PMID: 42234423; PMCID: PMC13234745.

B. Le DMP au service du dermatologue : utilisation d'un outil crypté et souverain - Dr Paul YOUNG

Le Dossier Médical Partagé (DMP), créé par la loi en 2004, avait pour objectif initial de couvrir l'ensemble des Français en deux ans. Cependant, sa mise en oeuvre a été complexe, avec plus de 90 logiciels non interopérables, ce qui a limité son efficacité.

Une refonte majeure a eu lieu en 2017, avec le lancement d'une nouvelle version du DMP dans 9 départements tests, accessible uniquement par le patient. Puis, en 2022, Mon Espace Santé a été déployé. Ce système est sécurisé, hébergé en France, et permet d'intégrer :

- Le dossier médical complet,
- Les directives anticipées,
- Les photographies corporelles totales,
- Les documents du parcours patient (courriers, photos, résultats histologiques).

Tous les logiciels sont désormais interopérables, et les données sont chiffrées dès leur création, avec un tracage systématique des connexions. Cela simplifie considérablement le travail collaboratif entre médecins, évitant ainsi les transferts de photos par des moyens non sécurisés (SMS, WhatsApp, etc.). Un avantage majeur est la possibilité d'enregistrer dans le DMP les marges déterminées par LC-OCT, permettant ainsi une chirurgie dans un autre lieu tout en conservant les informations essentielles pour le praticien. Il est de la responsabilité des dermatologues de proposer l'accès au DMP à chaque patient, mais c'est au patient lui-même d'ouvrir son dossier.

Références :

- [1] Auteur, A. A., Auteur, B. B., & Auteur, C. C. (Année). Titre de l'article. Nom de la revue, Volume(numéro), pages. DOI ou URL
- [2] Auteurs : Toujours dans l'ordre Prénom Initial + Nom de famille. Titre de l'article : En minuscules (sauf première lettre et noms propres) ou en italique selon le style. Revue : Toujours en italique. DOI/URL : À ajouter si disponible (surtout en APA et Harvard).

C. Dermoscopie des pathologies inflammatoires cutanées : inflamoscopie - Dr Pascale HUET

La dermoscopie de pathologies inflammatoires, ou inflamoscopie, est un outil précieux pour l'analyse des dermatoses inflammatoires, permettant de détecter des fines squames, des fines pustules et d'autres détails subtils qui orientent le diagnostic.

Dermatoses annulaires

- Granulome annulaire : peu spécifique en dermoscopie, mais peut révéler une fibrose dermique, des rosettes, des stries « wickam-like » (semblables à celles du lichen plan), ainsi qu'une bordure sans structure jaune orangé.
- Lichen plan annulaire : présente des stries circulaires sur un fond brun central, avec des aires nuageuses blanches mates, une hyperpigmentation circonscrite et un aspect évoquant une morphée.
- Lichen plan : une pathologie très évolutive : Phase active : structure rouge-brun-violette au centre, avec des stries de Wickam (correspondant à un épaissement de la couche granuleuse) et des vaisseaux en bordure. Phase chronique : apparition d'aires sans structure brunâtres et d'une hyperpigmentation épidermique. Forme verruqueuse (hyperkératosique, cornée, hypertrophique) : localisée surtout sur la face antérieure des jambes, avec peu de visibilité des stries de Wickam et des côtes jaunes liées à l'accumulation de kératine.
- Lichen plan pigmentogène : pigmentation annulaire granulaire autour des follicules pileux ou dans les plis, avec des plages brunâtres à disposition linéaire.

Lésions jaune-orange

- Sarcoidose : multiples lésions papuleuses orangées, parfois associées à des rosettes, avec un aspect diffus ou homogène en « gelée de pomme ». Les vaisseaux sont souvent bien nets.
- Autres granulomatoses : comme la leishmaniose ou la rosacée.
- Nécrobiose lipoïdique : vaisseaux lunaires et bien nets, longs et ramifiés, avec un aspect jaune correspondant aux dépôts de lipides et des plages jaunes sans structure.
- Rosacée : réseau polygonal vasculaire avec une vasodilatation intense, parfois des pustules visibles et des aires globuleuses.

Autres pathologies inflammatoires

- Démodécie : au dermoscope, on distingue la queue saillante des Demodex, entourée de kératine et de sébum.
- Maladie de Grover : squames polygonales en « carte de géographie », hyperkératosiques jaunâtres, avec des stries blanchâtres en périphérie.
- Porokératose : aspect squameux périphérique avec des centres atrophiques ou sans structure blanchâtre.
- Stuccokératose : maille blanche unique.
- Dermatose en terre sèche (forme d'ichtyose) : taches pigmentées adhérentes, à distinguer de la dermatose par négligence d'hygiène, qui présente un patron de squames en corn-flakes.

Références

- [1] Sławińska M, Żółkiewicz J, Behera B, Ding DD, Lallas A, Chauhan P, Khare S, Enechukwu NA, Akay BN, Ankad BS, Bhat YJ, Jha AK, Kaliyadan F, Kelati A, Neema S, Parmar NV, Stein J, Usatine RP, Vinay K, Sobjanek M, Errichetti E. Dermoscopy of Inflammatory Dermatoses (Inflammoscopy) in Skin of Color - A Systematic Review by the International Dermoscopy Society "Imaging in Skin of Color" Task Force. *Dermatol Pract Concept*. 2023 Oct 1;13(4 S1):e2023297S. doi: 10.5826/dpc.1304S1a297S. PMID: 37874994; PMCID: PMC10824322.
- [2] Sonthalia S, Yumeen S, Kaliyadan F. Dermoscopy Overview and Extradagnostic Applications. 2023 Aug 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan—. PMID: 30725816.

[3] Cinotti E, Bertello M, Donelli C, Rossi R, Tognetti L, Perrot JL, Rubegni P. Super-high magnification dermoscopy can detect *Demodex folliculorum*. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023 Jan;37(1):e96-e97. doi: 10.1111/jdv.18496. Epub 2022 Aug 20. PMID: 35964306