

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



**DERMATOSCOPIE DU CARCINOME BASOCELLULAIRE:
LES CARACTERISTIQUES GLOBALES ET LOCALES
CHEZ UN ECHANTILLON DE LA POPULATION
MAROCAINE**

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Docteur SOUGHI MERYEM
née le 30 Juillet 1984 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE
OPTION : DERMATOLOGIE

Sous la direction de :
Professeur MERNISSI FATIMA ZAHRA

Juin 2013

PLAN

I-INTRODUCTION.....	2
II- INTERET	2
III-MATERIELS ET METHODES.....	3
1. DATE ET LIEU D'ETUDE	3
2. POPULATION	3
3. MATERIELS	3
4. METHODES	3
5. RESULTATS	5
1. Etude descriptive	5
Ø Répartition selon l'âge	5
Ø Répartition selon le sexe	5
Ø Répartition selon le siège	6
Ø répartition selon le phototype	6
Ø Selon la forme clinique	7
2. étude analytique:.....	7
IV -DISCUSSION	16
1. HISTORIQUE.....	16
2. EPIDEMIOLOGIE	16
3. LOCALISATION	18
4. CLINIQUE	19
5. DERMATOSCOPIE	20
V-LIMITES ET PERSPECTIVES	30
1. LIMITES	30
2. PERSPECTIVES.....	20
VI-CONCLUSION	31
VII- REFERENCES.....	32

I. INTRODUCTION

Le carcinome basocellulaire est une tumeur maligne à croissance lente. C'est la tumeur cutanée la plus fréquente, son incidence est en augmentation croissante. Il pose des diagnostics différentiels avec d'autres tumeurs cutanées notamment pour les formes pigmentées et de très petite taille. Elle se caractérise principalement par une agressivité locale avec un pouvoir destructeur des structures adjacentes.

Des conséquences graves peuvent se produire suite à un diagnostic méconnu, d'où l'intérêt d'utiliser une méthode sensible et spécifique pour le diagnostic de cette tumeur. La dermatoscopie est une technique d'examen non invasive, permettant de donner un nouveau regard de la morphologie clinique des lésions pigmentées et des tumeurs cutanées. Son utilisation dans la pratique quotidienne du dermatologue était bénéfique d'une part pour la différenciation des lésions malignes et bénignes mais aussi pour le dépistage précoce et le suivi.

II. INTERET

L'intérêt de notre étude est d'étudier l'apport de la dermatoscopie dans le diagnostic du carcinome basocellulaire ainsi que de déterminer les caractéristiques dermatoscopiques globales et locales présentes dans notre contexte sur un échantillon de la population marocaine.

III. MATERIELS ET METHODES

1. DATE ET LIEU D'ETUDE :

Notre étude est une étude prospective unicentrique étalée sur une période de 2 ans du mois 03/10 au mois 03/12, menée au service de dermatologie CHU HASSAN II de Fès.

2. POPULATION :

Nous avons inclus dans cette étude tous les patients ayant des lésions suspectes de carcinome basocellulaire nécessitant un examen dermatologique couplé à un examen dermoscopique. Ces patients provenaient soit de l'activité de consultation du service de dermatologie, soit de l'activité d'hospitalisation ou encore de l'activité de gestion des demandes d'avis spécialisés en dermatologie.

3. MATERIELS :

On a utilisé le dermoscope HEINE DELTA 20, c'est un dermoscope à immersion, possédant une optique à haute résolution avec un système de lentille achromatique, et un grossissement de 10 fois, combiné à un adaptateur pour un appareil photo numérique Canon.

4. METHODES :

Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique et dermoscopique puis des photos ont été prises pour chaque lésion. Les informations étaient recueillies sur une fiche d'exploitation. Les lésions suspectes ont bénéficiées d'une exérèse afin d'avoir une confirmation histologique.

L'examen clinique, dermoscopique et la prise des photos ont été faites par un seul examinateur pour éviter la subjectivité inter praticien.

Les données ont été validées et analysées au laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et santé communautaire de Fès.

L'analyse statistique était réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 17. Une valeur $p < 0,05$ était considérée comme significative.

La sensibilité et la spécificité ainsi que la valeur prédictive positive et négative de la dermatoscopie et de l'examen clinique ont été calculés et comparés par rapport au test de référence qui est l'histologie.

5. RESULTATS

On a réalisé la dermatoscopie dans 111 lésions suspectes de carcinome basocellulaire, dont 100 était des CBC confirmés histologiquement.

a. Etude descriptive :

Ø Répartition selon l'âge :

L'âge moyen des patients examinés ayant des carcinomes basocellulaires était de 51,87 ans avec des extrêmes entre 20 ans et 80 ans

Ø Répartition selon le sexe :

Dans notre série, pour les carcinomes basocellulaires. on a noté une prédominance masculine avec un sex ratio F/H = 0,6. (figure 1)

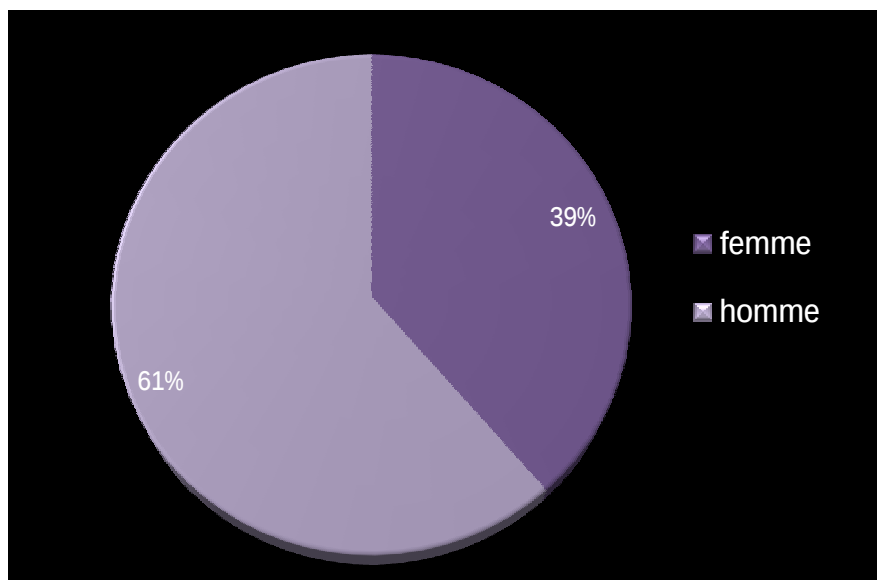


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe

Ø Répartition selon le siège :

Le visage était la localisation la plus fréquente.(figure 2)

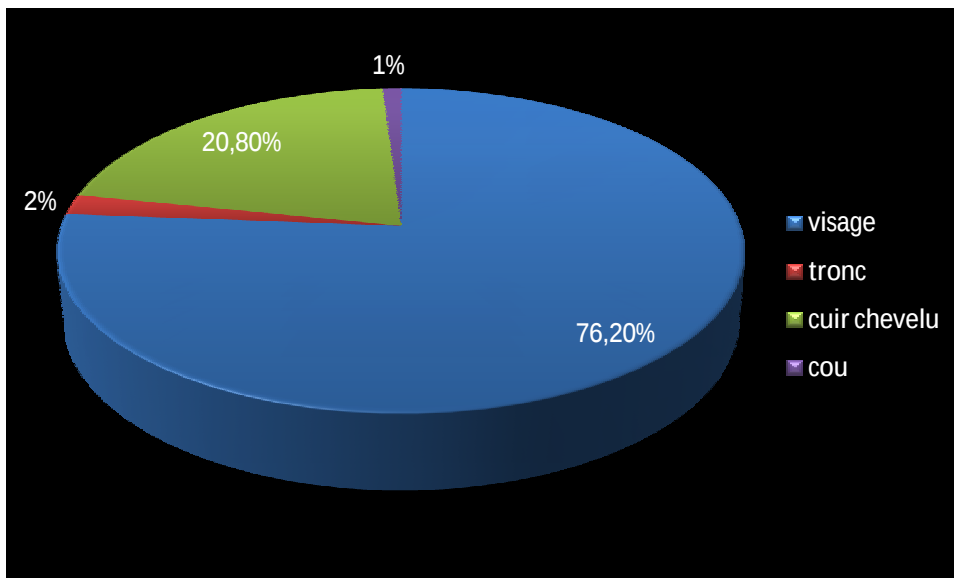


Figure 1 : Répartition des CBC selon le siège

Ø répartition selon le phototype :

51,5% des patients étaient de phototype III, 36,6% de phototype IV, alors que seulement 5,9% étaient de phototype II et V chacun.(figure 3)

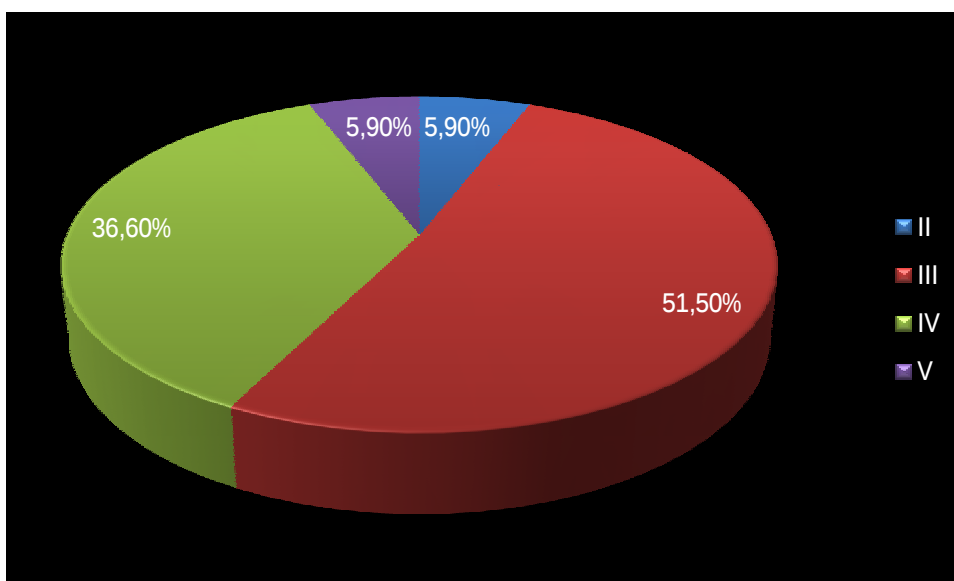


Figure 3 : Répartition des patients selon le phototype

Ø Selon la forme clinique :

la forme nodulaire était la plus fréquente dans 69% des cas, parmi les 100 CBC, 53% étaient tatoués

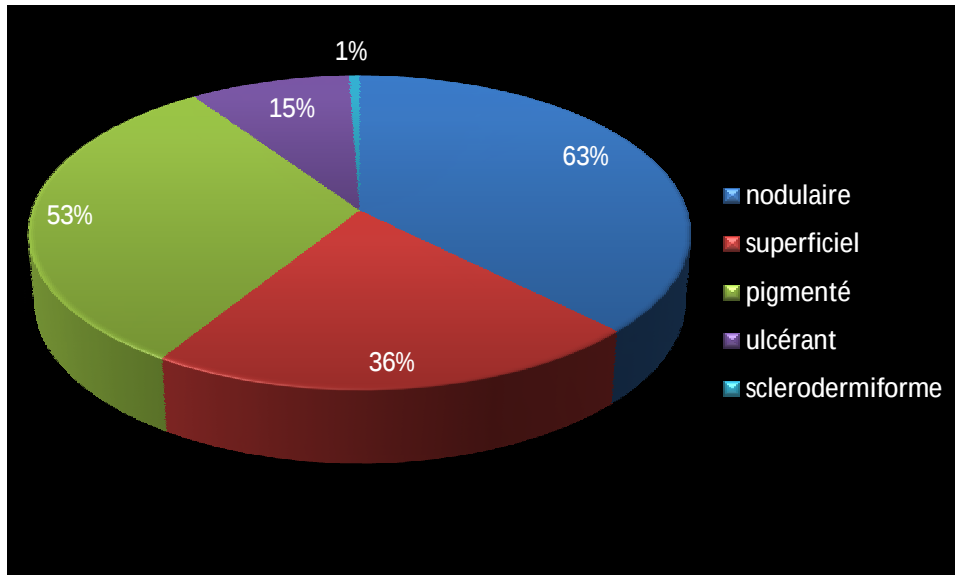


Figure 4 : répartition selon la forme clinique

b. Etude analytique:

Tous les carcinomes basocellulaires ont bénéficié d'une confirmation histologique, on les a classé selon le degré de la pigmentation dermatoscopique en [65] (figure 5)

- Non pigmenté : caractérisé par l'absence de pigment de couleur brune, noire, grise ou bleue, ce type était observé dans 19,8% des lésions.(figure 6)
- Légèrement pigmenté : défini par une pigmentation occupant moins de 30% de la lésion, retrouvé dans 25,7 % des lésions.(figure 7)
- Pigmenté : dont la pigmentation occupe entre 30 et 70% de la lésion ; il a été décrit dans 13,9% des lésions.(figure 8)
- Très pigmenté : où la pigmentation occupe plus de 70% de la lésion, il représentait 38,6% des cas.(figure 9)

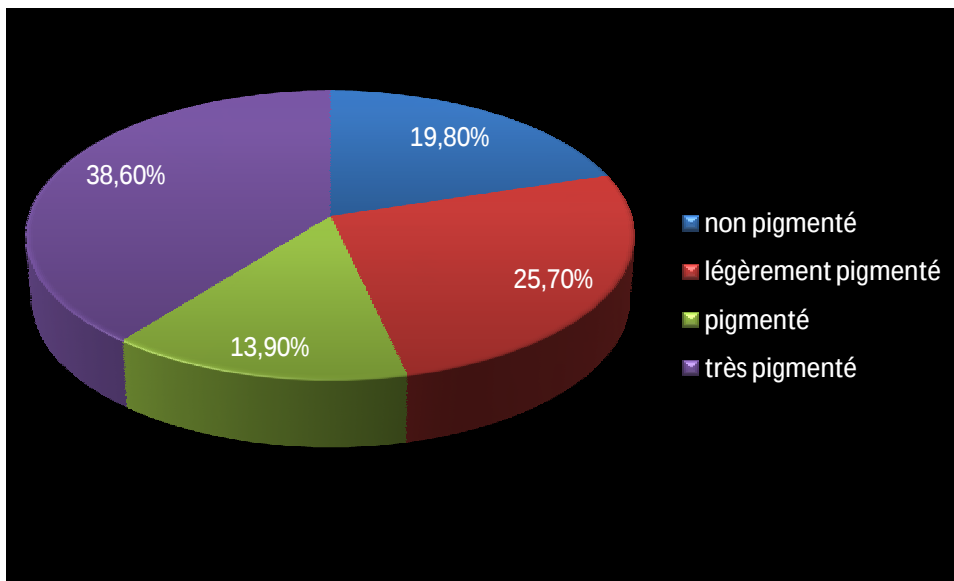


Figure 5 : Répartition des carcinomes basocellulaire selon la pigmentation

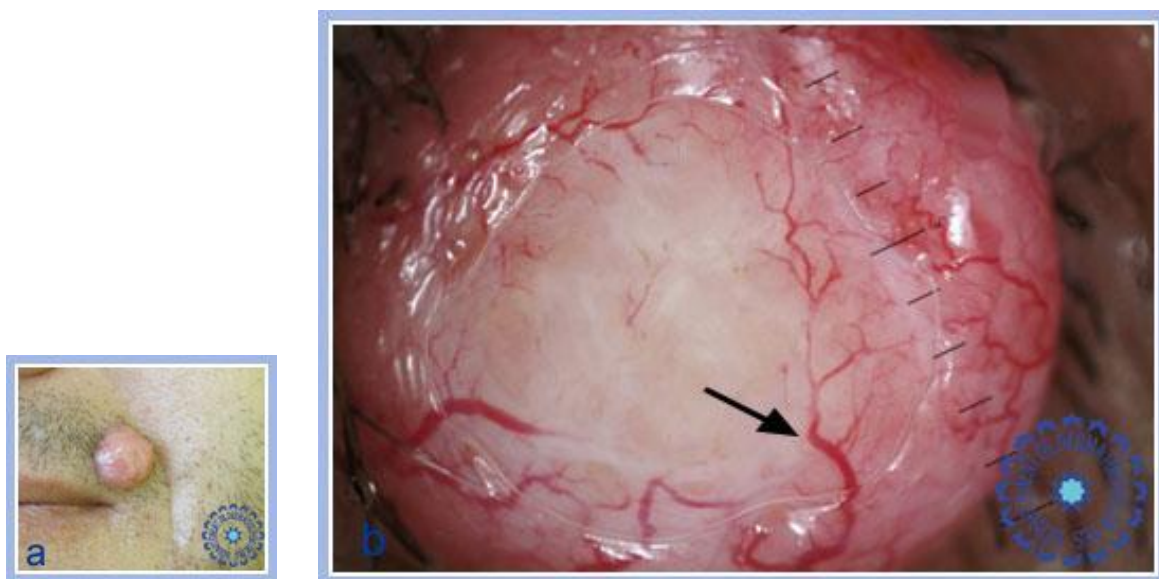


Figure 6:

- Image Clinique d'un CBC non pigmenté
- Aspect dermoscopique : aspect en tronc d'arbre (↘). [22]

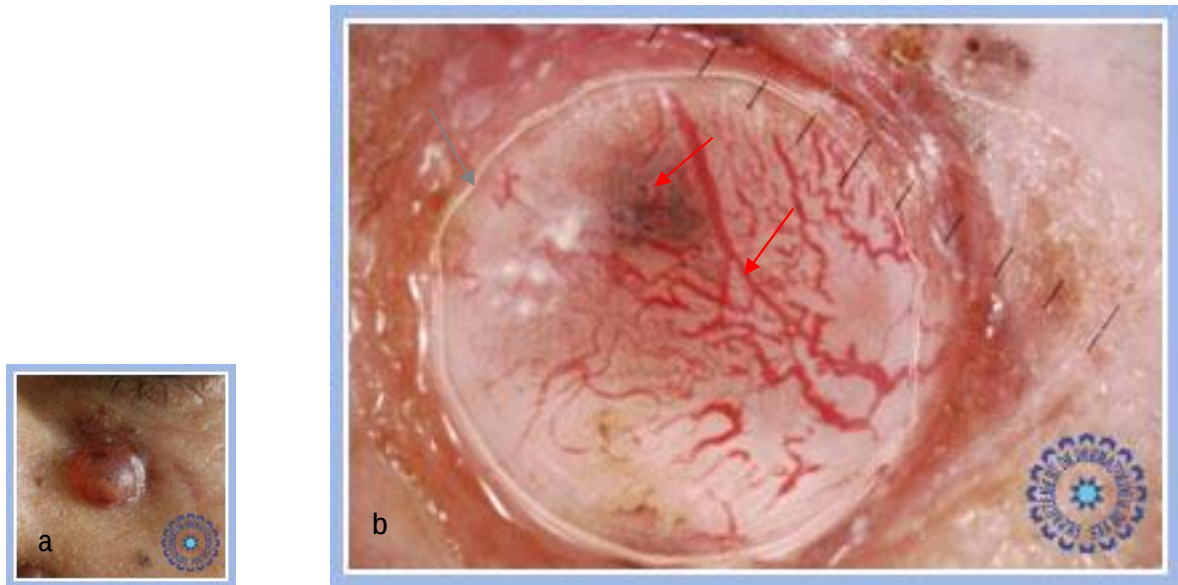


Figure 7 :

- a. Image clinique d'un CBC du visage
- b. Image dermoscopique : aspect en tronc d'arbre() . des globules gris bleu () (le pigment occupe moins de 30% de la lésion).[22]

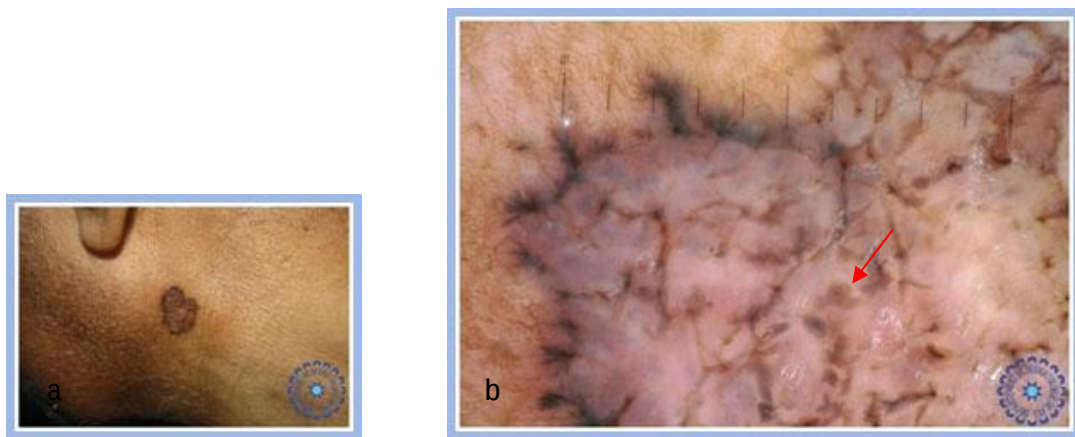


Figure 8 :

- a. Image clinique d'un carcinome basocellulaire
- b. Image dermoscopique : aspect sctructures concentriques () carcinome basocelulaire pigmenté(la pigmentation occupe entre 30 et 70% de la lésion).[22]



Figure 9 :

- a. Image clinique d'un CBC du visage
- b. Image dermoscopique : aspect digitiforme(○)(la pigmentation occupe plus de 70 % de la lésion).[22]

On a classé les critères dermoscopiques du CBC retrouvés en (Figure10)

- critères dermoscopiques dits classiques qui sont : les ulcérations dans 55%, (figure 11), les nids ovides dans 46,5%,(figure 12) les télangiectasies ou l'aspect en tronc d'arbre observé dans 42,6% des lésions(figure 5,6) les globules gris bleu dans 34,6% (figure13), les feuilles d'érables(6,3%)(figure 14) et les roues dentées dans 3% (figure15)

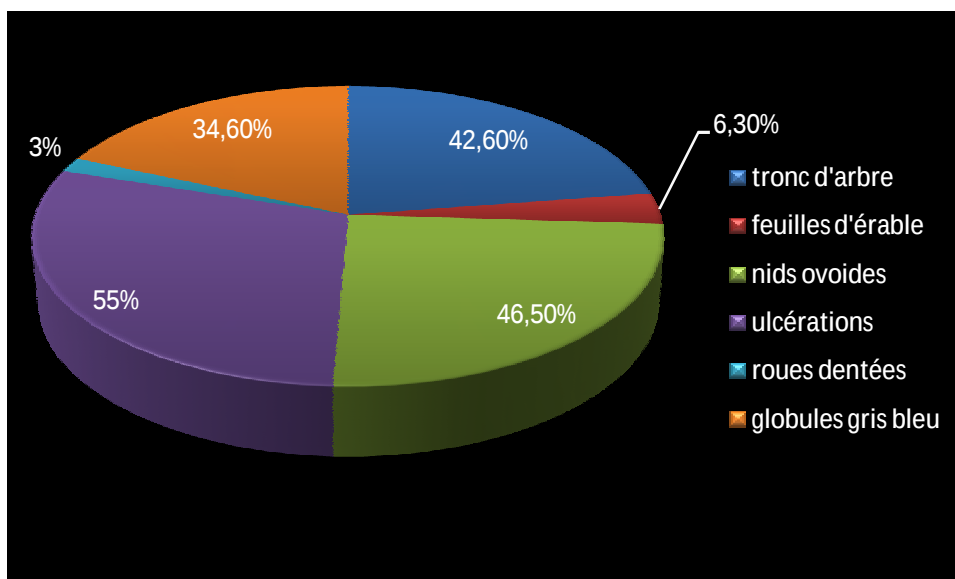


Figure 10 : Les critères dermoscopiques classiques

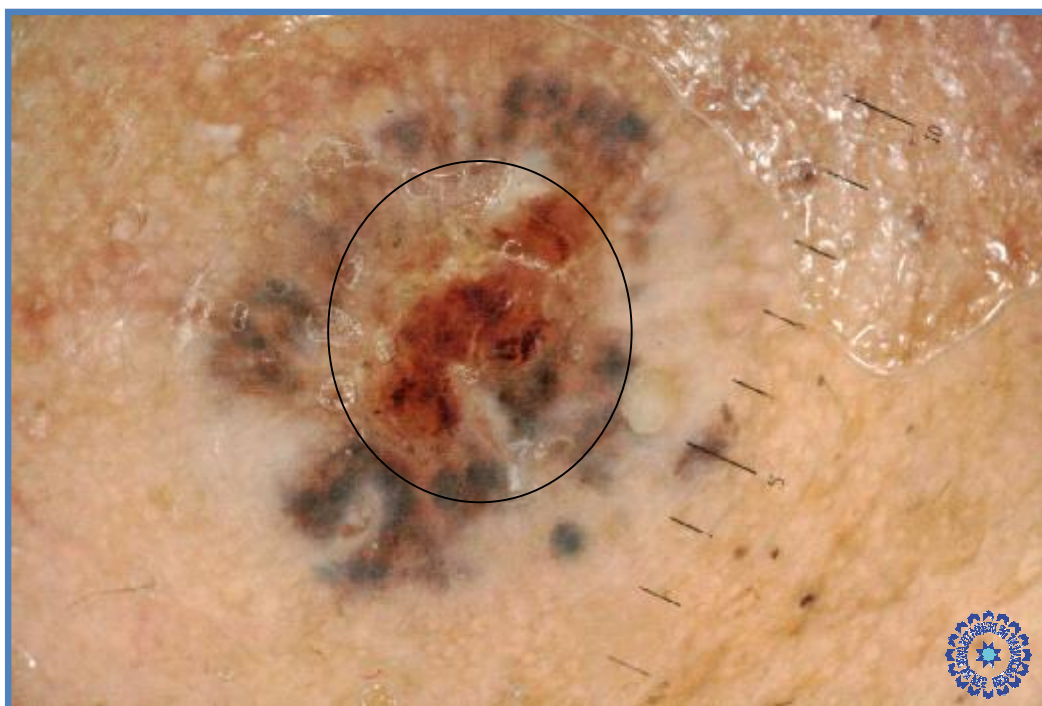


Figure 11 : aspect dermatoscopique d'un carcinome basocellulaire, présence d'une ulcération centrale.[22]

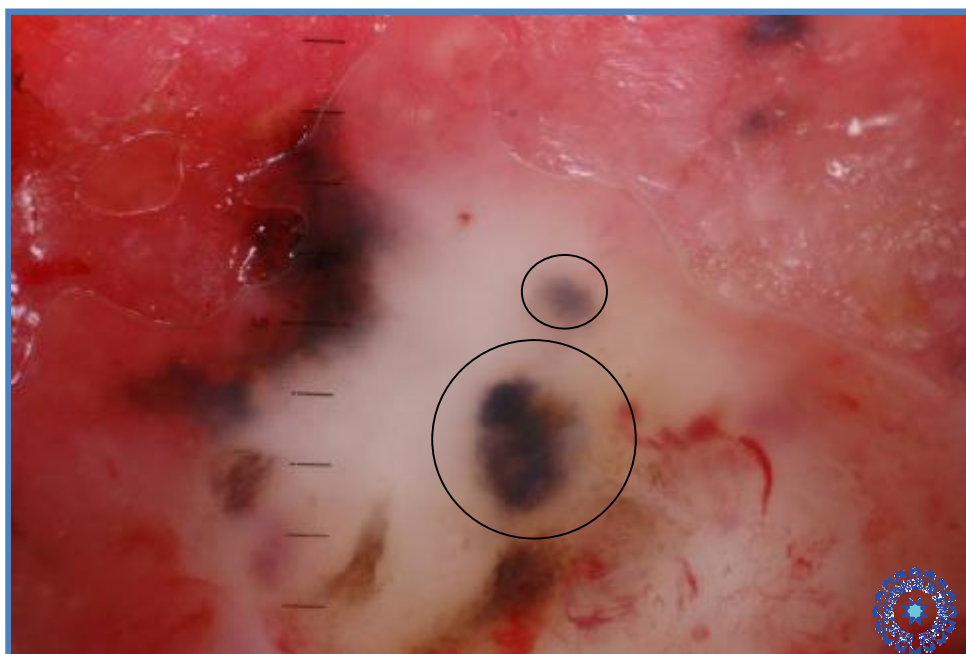


Figure 12 : aspect dermatoscopique d'un CBC, présence de nids ovoïdes[22]

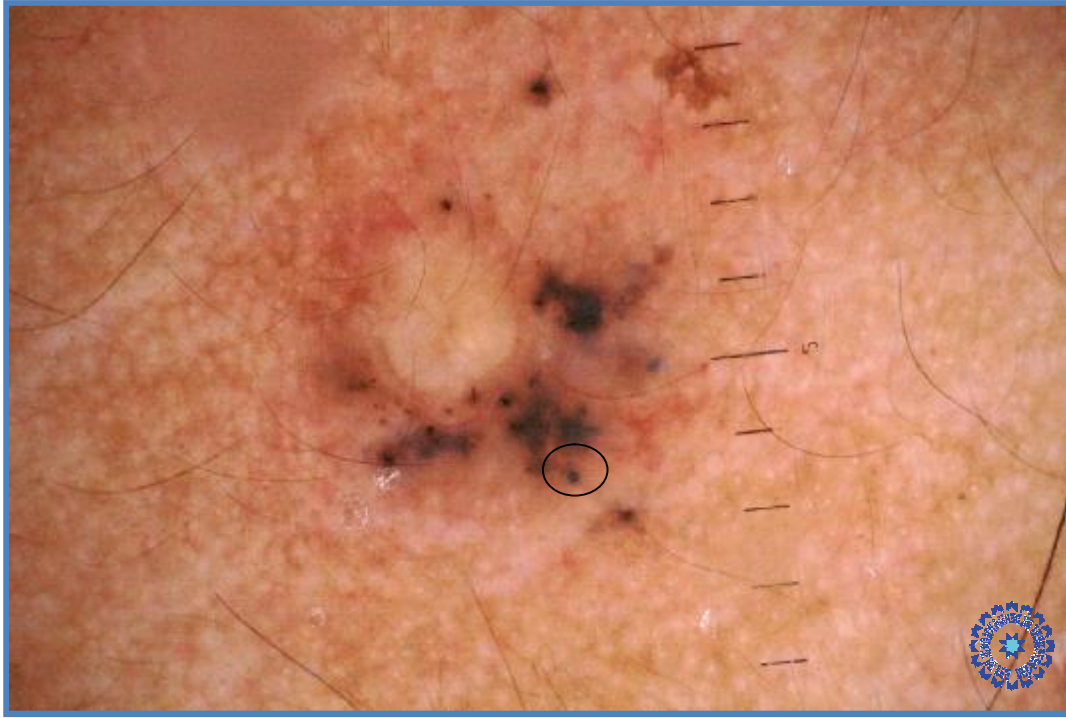


Figure13 : aspect dermatoscopique d'un CBC, globules gris bleu [22]

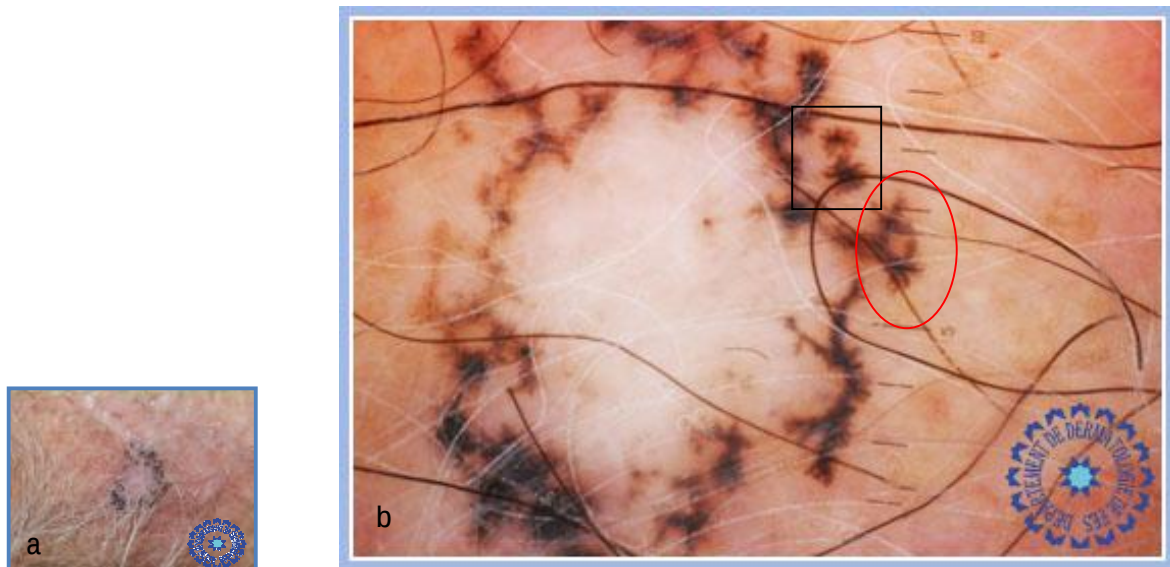
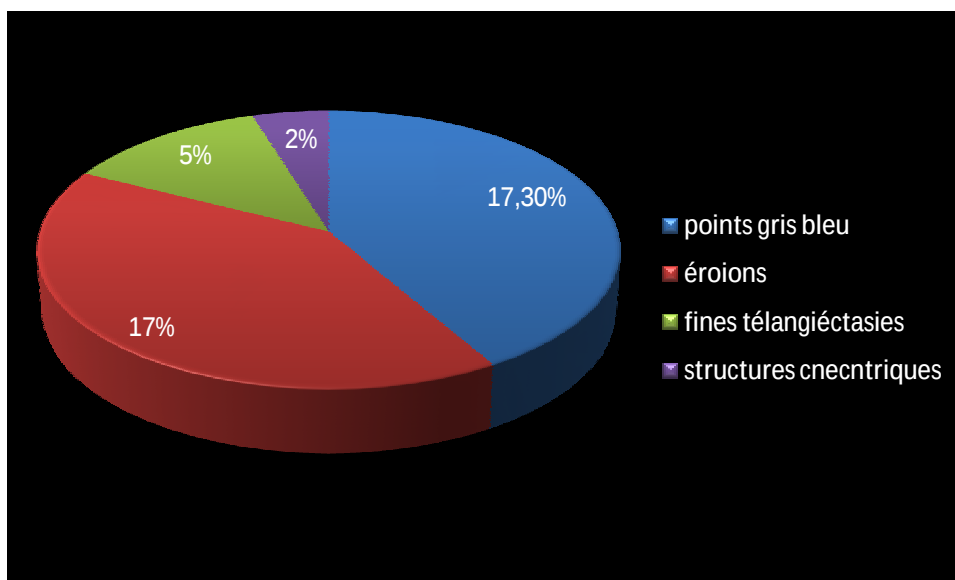


Figure 14:

- a. image clinique d'un carcinome basocellulaire
- b. image dermatoscopique : aspect en roue dentée, aspect en feuille d'érable [22]

Des caractéristiques locales ne peuvent être classées dans la catégorie précédente, qu'on a qualifié de critères non classiques (figure 15) qui sont : les points gris bleu dans 17,3% des lésions(figure 16, 17), les érosions retrouvées dans 17% des lésions(figure 16), les fines télangiectasies dans 5,3 %(figure 16) et les structures concentriques dans 2 %(figure 7)



Figures 15 : Les caractéristiques dermoscopiques non classiques

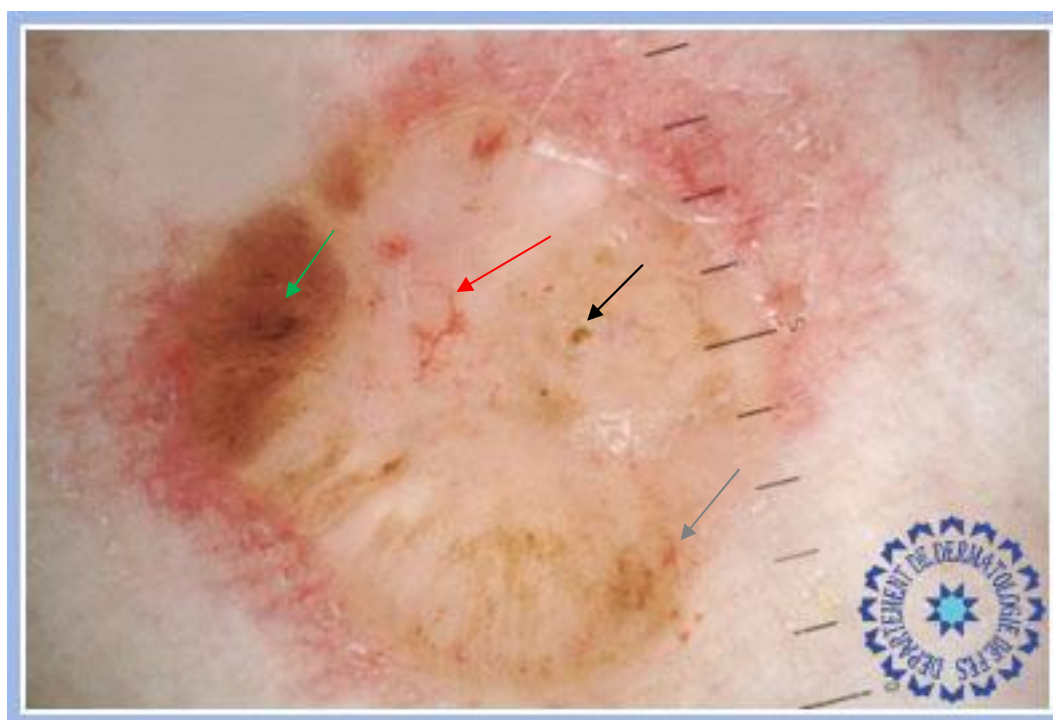


Figure 16 : aspect dermoscopique d'un carcinome basocellulaire : érosions()↘ aspect en tronc d'arbre(↗), fines telangiectasies (↘), points gris bleu(↗). [22]

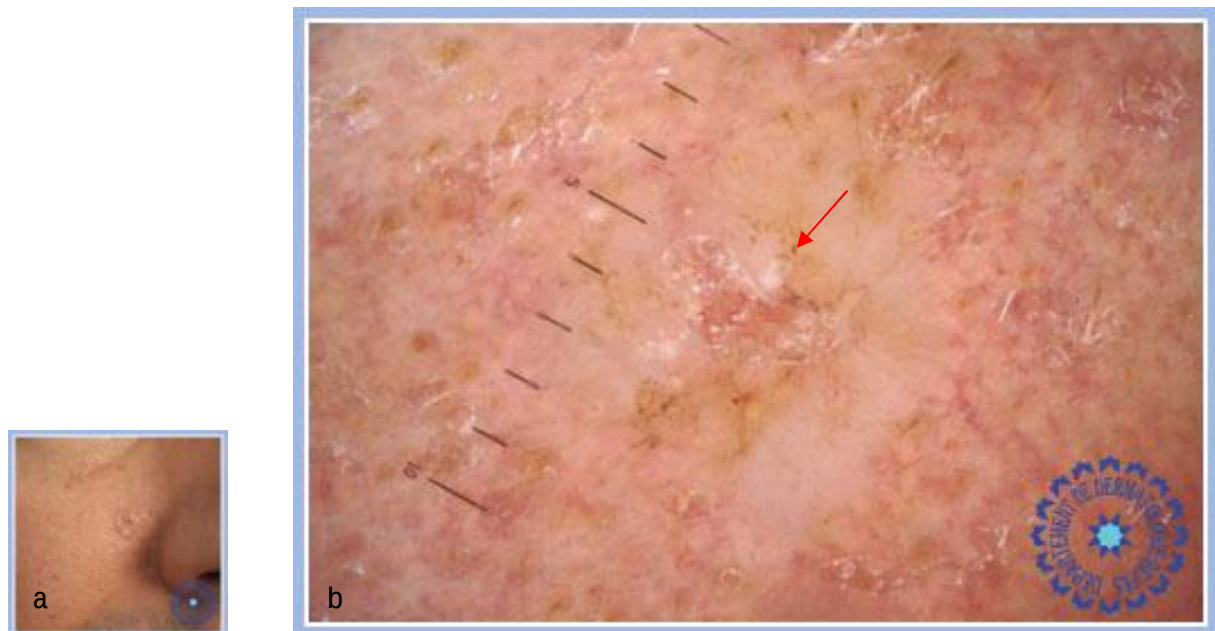


Figure 17 :

- a. image clinique d'un petit carcinome basocellulaire du visage
- b. aspect dermoscopique : présence de petits points en périphérie [22]

La sensibilité de l'examen dermoscopique pour le diagnostic du carcinome basocellulaire était de 97%, alors que celle du diagnostic clinique était de 80%.

La spécificité de cet examen pour le diagnostic du CBC était de 70% avec une VPP de 97% et VPN de 77%, alors que pour l'examen clinique seul, la spécificité était de 53%, avec une VPP de 91% et une VPN de 31,8% (figure 18)

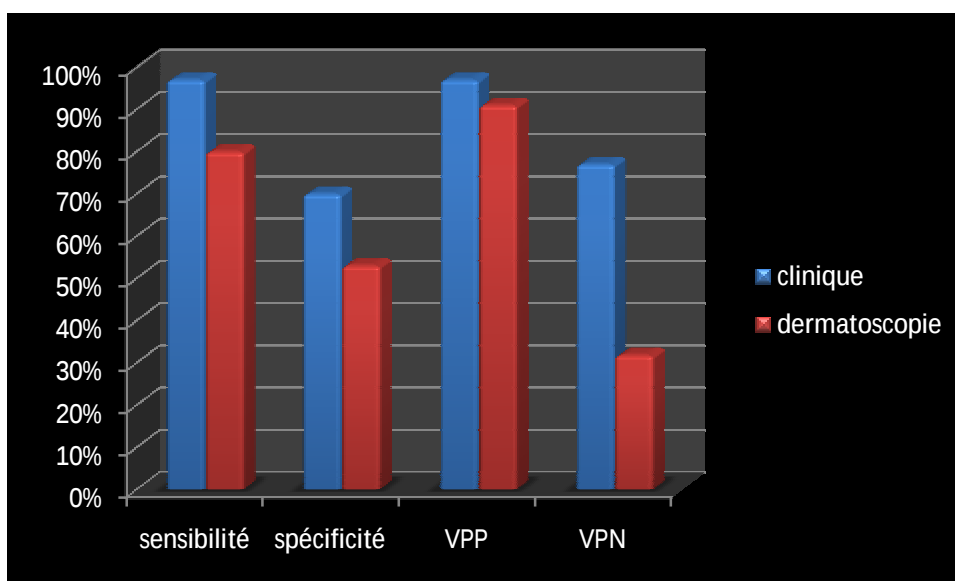


Figure18 : sensibilité et spécificité de l'examen clinique et dermoscopique

On a évalué l'association entre le phototype et le degré de la pigmentation des carcinomes basocellulaires :

- 60,4% patients de phototype II et III avaient un CBC non pigmentés alors que personne de phototype III et IV n'avaient un CBC non pigmenté. Le test chi-2 était très significatif avec une valeur de 0, 000
- 39% patients de phototype II et III et 15,3% phototype IV et V avaient un CBC légèrement pigmentés. Le test chi-2 n'était pas significatif avec une valeur de 0,92
- 31,6% patients de phototype IV et V et 17,4% de phototype II et III avaient un CBC pigmenté. Le test chi-2 n'était pas significatif avec une valeur de 0,23
- 73,7% patients de phototype IV et V et 26% de phototype II et III avaient un CBC très pigmenté. Le test chi-2 était très significatif avec une valeur de 0, 002

IV. DISCUSSION

Le carcinome basocellulaire (CBC) est une tumeur épithéliale maligne, développé aux dépens des kératinocytes. Sa fréquence est en nette augmentation, constituant ainsi un problème de santé publique. Notre série est la première étude prospective s'intéressant aux caractéristiques dermatoscopiques de cette tumeur réalisée au Maroc.

1-HISTORIQUE :

La première description date de 1827 par Jacob à Dublin. Il a défini cette lésion comme un « ulcère rongeur » [1]. En 1900, Krompecher a analysé ces lésions histologiquement et a décrit des carcinomes épithéliaux, et lui donne le nom de « carcinome basocellulaire » [2].

2-EPIDEMIOLOGIE :

Le CBC est le cancer cutané le plus fréquent chez l'homme. Sept cent milles nouveaux cas de cancers cutanés sont diagnostiqués chaque année avec 77 % de CBC, 20 % de carcinomes spinocellulaires et 3 % de mélanomes et autres tumeurs cutanés rares [3].

Dans une étude prospective faite au CHU HASSAN II de Fès étudiant les tumeurs cutanées malignes entre 2006 et 2009. [4] Le CBC a représenté 47% de l'ensemble des tumeurs cutanées, l'âge moyen des patients étaient de 62 ans

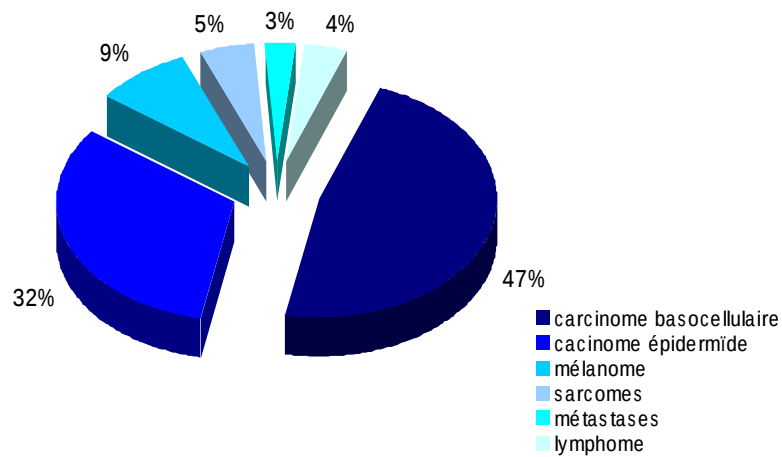


Figure 19 : répartition des tumeurs cutanées

L'incidence du CBC est supérieure à 150 cas pour 100 000 habitants par an en France. Son incidence augmente régulièrement du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'exposition croissante aux rayonnements solaire [5]. Le nombre de CBC a doublé entre 1970 et 1986 [6]. Son incidence croît régulièrement avec l'âge. L'âge moyen des patients est de 64 ans [7]. Auparavant le CBC était essentiellement retrouvé chez les patients âgés, mais touche maintenant également les personnes de moins de 40 ans, chez des personnes avec exposition fréquente et prolongée aux ultraviolette (UV) [8]. Ce qui rejoint les données de notre étude dont l'âge moyen des patients était de 51ans ceci est due probablement d'une part à l'exposition solaire chronique surtout qu'on est dans un pays ensoleillé et d'autre part à l'utilisation du dermatoscope qui a permis de dépister des tumeurs de petite taille. (figure 17)

3 - LOCALISATION :

Dans notre étude le CBC était localisé préférentiellement au niveau du visage (76%) suivi par le cuir chevelu, Ce qui rejoint les données de la littérature. Les CBC siègent essentiellement sur les zones photos exposées, mais également dans des zones non exposées telles que le sillon rétro-auriculaire, le sillon nasolabial et le canthus interne [9].

Toutefois, le CBC est rare sur la main, le pénis et la lèvre inférieure. Lorsqu'il survient sur la main, il est présent fréquemment sur le dos de la main. Il peut être parfois confondu pour un périonyxis lorsqu'il se retrouve près de l'ongle. Au niveau des lèvres, le CBC prédomine essentiellement au niveau de la lèvre supérieure, alors que le spinocellulaire prédomine sur la lèvre inférieure. Le CBC est la plus fréquente tumeur maligne des paupières et représente 67 % des lésions de la paupière inférieure et 10 % du canthus interne.[10]

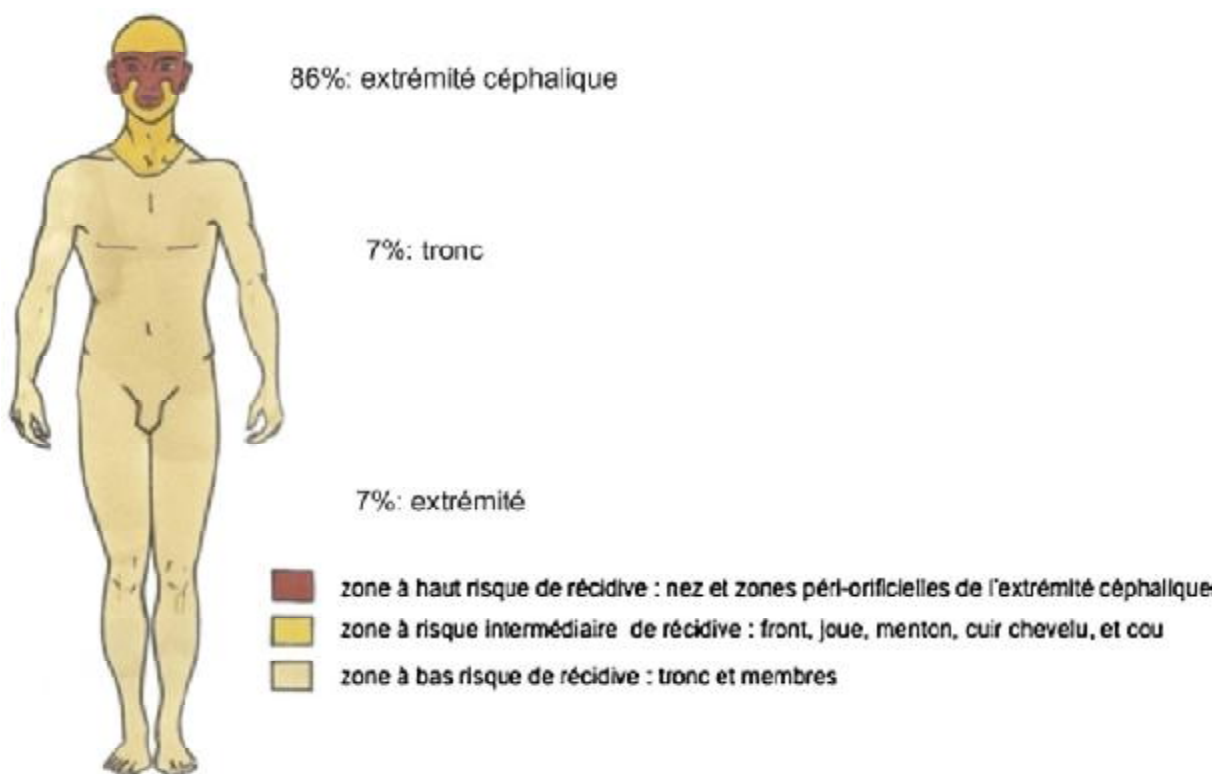


Figure 20 : localisations du carcinome basocellulaire sur l'ensemble du corps humain [11]

4- CLINIQUE :

L'examen clinique permet très souvent (environ dans deux tiers des cas) de faire le diagnostic de CBC devant une lésion perlée, papule arrondie translucide et télangiectasique qui s'étale progressivement [12]

L'HAS classe les CBC en trois formes cliniques [13] : nodulaire, superficiel et sclérodermiforme ou morpheiforme

Ces trois sous-types cliniques peuvent se pigmenter et/ou s'ulcérer .A noter que les « formes de début » clinique prennent l'aspect en « grains saillants à consistance ferme rose ou grisâtre avec parfois des télangiectasies, avec érosion en coup d'ongle superficielle, lésion érythémateuse, squameuse ou kératosique parfois érodée et discrètement hémorragique » [13]. Le diagnostic clinique de ces formes débutantes est difficile et c'est leur persistance pendant plusieurs mois qui conduit à la biopsie diagnostique [13]

Le diagnostic différentiel a une importance critique puisque de sérieux problèmes de morbidité peuvent se produire suite à un carcinome basocellulaire non diagnostiqué.

Selon notre étude, dans notre contexte plus que la moitié des lésions était pigmentées. L'incidence de cette forme selon les études est de 6,7 à 8,5% en fonction de la race. [14]

Cliniquement, le CBC pigmenté se présente sous forme d'un nodule pigmenté dont la surface est recouverte de vaisseaux télangiectasiques. Le centre peut être concave ou ulcéral, la pigmentation varie de la brune claire ou noire foncée.

Le problème majeur, c'est que cette forme est souvent confondue avec les lésions mélanocytaires notamment le mélanome, en raison de leur croissance et leur pigmentation irrégulières. Cette forme peut également être confondue avec des

lésions cutanées bénignes comme les naevus dysplasiques, les naevus de spitz, les kératoses séborrhéiques pigmentées.

La dermatoscopie est surtout performante pour reconnaître le carcinome basocellulaire pigmenté au sein des autres lésions pigmentées. Toutefois l'organisation vasculaire associée au CBC peut également permettre de rectifier le diagnostic dans les formes non pigmentées.

5 - DERMATOSCOPIE DU CARCINOME BASOCELLULAIRE :

La détermination de caractéristiques dermatoscopiques plus sensibles et plus précises du carcinome basocellulaire pigmenté rend le diagnostic de cette tumeur plus facile.[15,16,17,18,19,20]

L'évaluation statistique de ces caractéristiques a été effectuée par Püspök-Schwarz et al. Dans cette étude, ils ont comparé les caractéristiques dermatoscopiques de 25 CBC pigmentés avec celles de 25 mélanomes. L'aspect en tronc d'arbre était défini comme le critère le plus fort pour le diagnostic de CBC et qui a été retrouvé dans 52% des cas.[21] C'était le cas dans notre étude, où on l'avait observé dans 42,6% des lésions.

Menzies et al a analysé les caractéristiques dermatoscopiques de 142 CBC pigmentés, par rapport à 142 mélanomes et à des lésions cutanées pigmentées bénignes atypiques, et a conclu que certains de ces critères ont été retrouvés d'une manière significative dans les CBC pigmentés par rapport aux autres lésions mélanocytaires bénignes ou malignes.

Les caractéristiques dermatoscopiques définies dans cette étude et leur rapport étaient comme suit: les roues dentées (10%), les nids ovoïdes (55%), les télangiectasies (52%), les globules gris bleu (27%), les zones en feuille d'érable (17%), et les ulcérations (27%).[16,18]

A la fin de l'étude, ils ont proposé un modèle dermatoscopique pour le diagnostic des CBC pigmentés, basé sur l'absence de réseau pigmenté (un critère négatif) et la présence d'au moins un des caractéristiques dermatoscopiques définies ci-dessus (aspect positif). Cette méthode est reproductible et procure une sensibilité globale de 93% pour les CBC et une spécificité de 89% (en utilisant le mélanome) et 92% (en utilisant les lésions cutanées pigmentées bénignes). Par contre on peut rencontrer le réseau pigmenté dans 2,8% des CBC pigmentés. Dans notre série ce critère n'était pas observé au sein des lésions.

La majorité des caractéristiques positives sont des variantes de la pigmentation confinée à des zones bien circonscrites morphologiquement.

Les multiples globules gris-bleu doivent être distingués des points gris-bleu "Pepperlike» (correspondant à des mélanophages) retrouvés dans les lésions mélanocytaires et qui sont de plus petite taille. Les feuilles d'érable sont très spécifiques (100%). Ils sont brun à gris-bleu, discret, bulbeuse. Ils diffèrent des pseudopodes (qui se trouve dans le mélanome), car les feuilles d'érable sont des nids de pigments discrets (îles) ne découle jamais d'un réseau de pigment. Les roues dentées sont moins fréquentes mais très spécifique (100%). Ces derniers sont considérés comme des projections radiales, généralement bronzées, mais parfois bleu ou gris. Autour d'une zone centrale plus foncée. Et contrairement au mélanome, l'ulcération est un critère relativement présent au début du CBC. Un autre critère distinctif du mélanome est que Les CBC pigmentés sont moins multicolores que le mélanome, avec seulement 11% ayant cinq ou six couleurs (marqué de l'ocre, brun foncé, noir, gris, bleu et rouge).[16,18]

Histologiquement, la mélanine dans le CBC pigmenté peut être trouvée soit en masse au niveau de la tumeur ou au niveau du derme sous jacent. Dans le premier

cas, la mélanine peut être vu soit dans les mélanocytes hyperplasiques ou prise par les cellules tumorales.

Cependant, dans le derme, la mélanine peut être libre (Figure 24), ou présentes dans les mélanophages. Des études ont indiqué que la mélanine peut également être retrouvée dans des mélanocytes hyperplasiques épidermiques tout au long de l'épiderme. [17]

Notre étude a pu colliger 100 carcinome basocellulaires. On a analysé les caractéristiques dermatoscopiques de cette tumeur, les 6 critères classiques ont été retrouvés dans 72% des cas de notre série. Mais à des taux variables, on a constaté une fréquence plus élevée pour l'ulcération et les télangiectasies ou l'aspect en tronc d'arbre, et une rareté pour l'aspect en roue dentée vue seulement dans une lésion.

Par ailleurs, d'autres caractéristiques dermatoscopiques dites non classiques ont également été rapportées ; il s'agit essentiellement de petites érosions qui précèdent l'apparition des ulcérations et de fines télangiectasies considérées comme des ébauches pour l'aspect en tronc d'arbre,[15] retrouvées dans 17 % et 5 % respectivement dans notre série.

Ces 2 éléments ont été ajoutés aux critères diagnostics dermatoscopiques des CBC superficiels. Il existe cependant d'autres critères non classiques décrits pour la première fois dans une étude multicentrique faite en Italie et en Australie, notamment la présence de structures concentriques et de multiples points gris bleu qui ont été observés dans 7,6% et 5,1% dans cette étude [15] contre 2% pour les structures concentriques et 17% pour les points gris bleu dans notre série. On a constaté aussi que ces éléments dermatoscopiques dites non classiques ont été observés essentiellement dans les carcinomes basocellulaires superficiels, ce qui permet de détecter les lésions précocement.

En effet, parmi 100 lésions tumorales suspectes de CBC, 14 lésions ont été découvertes fortuitement à l'examen dermatoscopique et confirmés par l'histologie, parmi lesquels des CBC de très petite taille. (figure 21, 22)

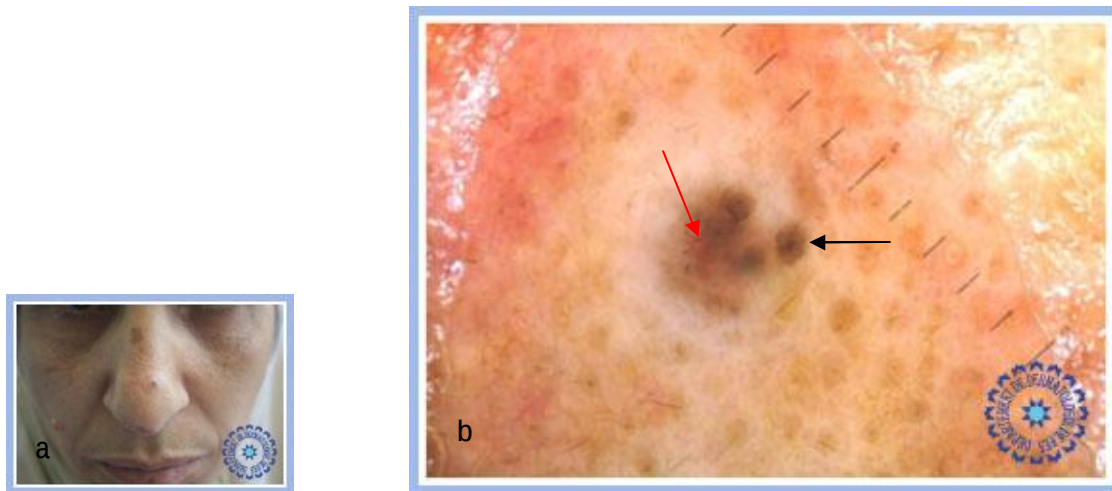


Figure 21:

- a. Image Clinique : petite papule brunatre au niveau du nez chez une femme de 54ans hospitalisée au service de dermatologie pour un syndrome sec
- b. Aspect dermoscopique : Présence de fines télangiectasies () Nids ovoïdes () [22]



Figure 22

- a. Aspect clinique : petite macule noirâtre de 3 mm au niveau de la joue
- b. Aspect dermoscopique : roue dentée  [22]

Le CBC peut également présenter des critères dermatoscopiques des lésions mélanocytaires, notamment de multiples points noirs bruns, un voile blanc bleu, une dépigmentation irrégulière, une surface irrégulière, une vascularisation à type de vaisseaux en pointillés, en virgule, des pseudopodes. Mais aussi des critères vus dans les lésions cutanées non mélanocytaires comme les pseudokystes cornées. Ces critères mélanocytaires existent d'autant plus que la lésion est pigmentée et leur fréquence augmente linéairement avec la pigmentation. [15,18] (Figure 21)

Dans notre travail l'aspect mélanocytaire le plus souvent retrouvé est le voile gris bleu détecté dans 17% des lésions.

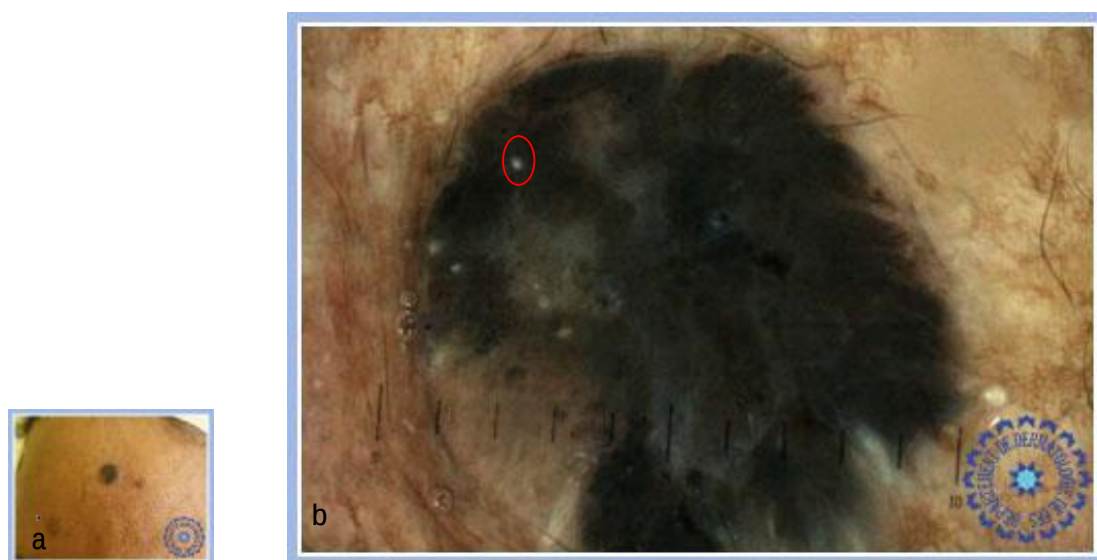


Figure 23:

- a. Image Clinique : nodule noirâtre de 1,5cm au niveau du front d'une femme de 60ans, phototype V
- b. Aspect dermoscopique : présence d'une pigmentation noirâtre avec un voile blanc bleu, pseudo kystes cornés(cerle rouge) [22]

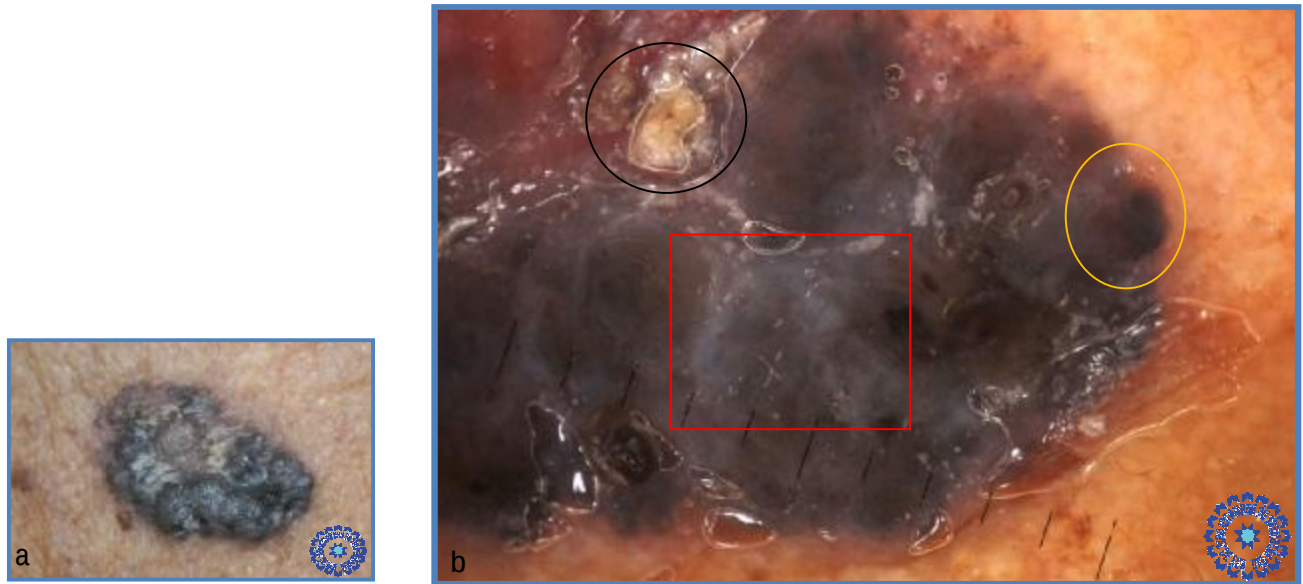


Figure 24:

- a. Aspect clinique d'un carcinome basocellulaire pigmenté
- b. Aspect dermatoscopique : présence d'un voile gris bleu , ulcération , nids ovoïdes [22]

Une étude multicentrique faite en Italie, Australie, et l'Allemagne, avait noté 9% des carcinomes basocellulaires très pigmentés (figure 23, 24, 25) [15] alors que dans notre série, le CBC très pigmenté était le type le plus retrouvé dans 38,6% des lésions ; ceci pourrait être lié au phototype des patients qui sont majoritairement de type III et IV

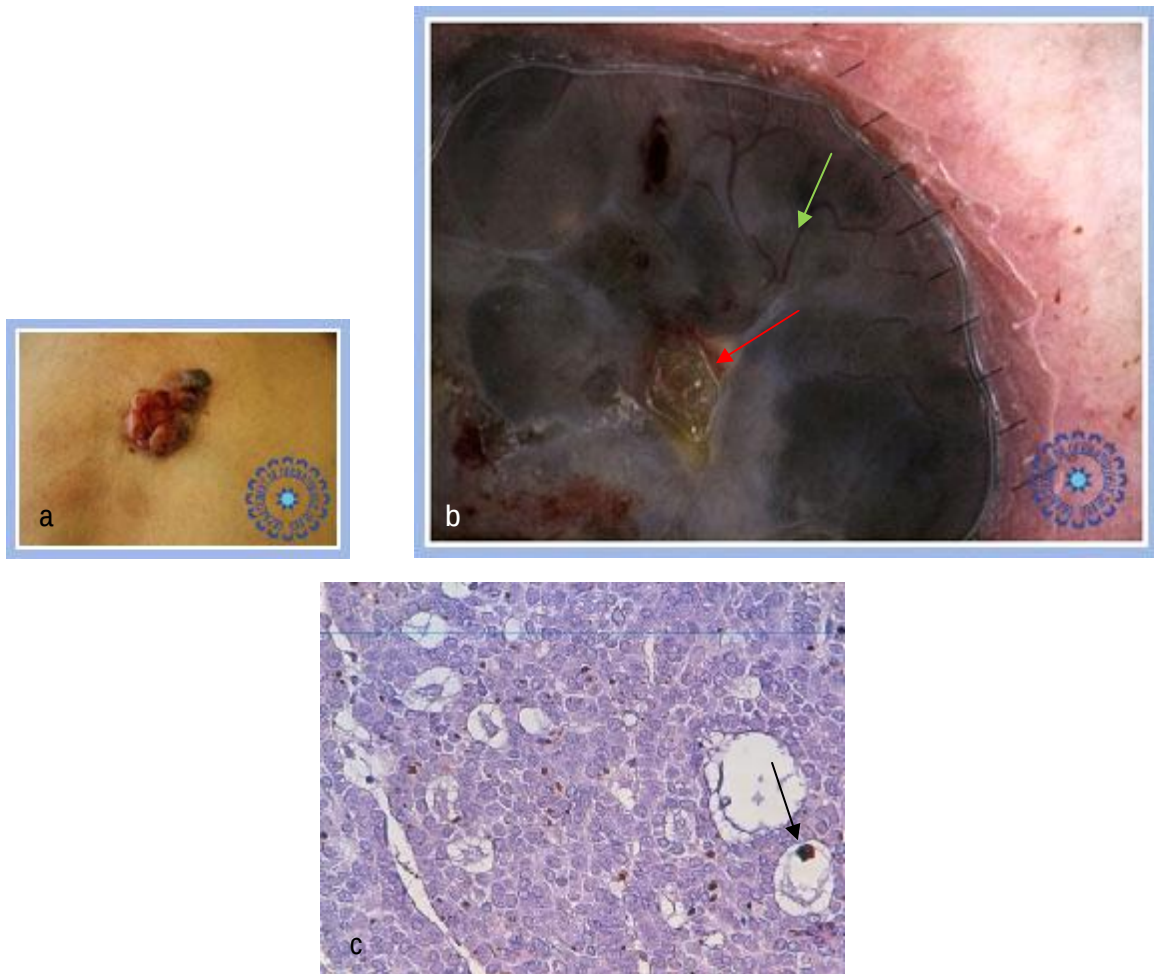


Figure 25:

- a. Image Clinique : tumeur ulcéro bourgeonnante partiellement pigmentée, au niveau de la région sternale d'une femme de 65ans, phototype IV
- b. Aspect dermoscopique : présence d'une pigmentation diffuse, ulcération centrale (↙), aspect en tronc d'arbre. (↗) [22].
- c. Aspect histologique : présence du pigment au niveau du derme 40× (collection service d'anatomopathologie CHU HASSAN II FES)

En effet, on a fait une corrélation entre le phototype et la pigmentation du carcinome basocellulaire et on a constaté que les CBC non pigmentés se voient exclusivement chez les patients de phototype clair alors que les très pigmentés se voient essentiellement chez les phototypes foncés et qu'il existe une relation significative entre le phototype et le degré de la pigmentation des CBC.

La forme très pigmentée constitue donc la forme la plus difficile à distinguer des naevus et des mélanomes ce qui suggère que l'interprétation dermatoscopique des CBC doit toujours évaluer l'aspect global de la lésion en recherchant les patrons classiques du CBC, les caractéristiques dermatoscopiques locales qui sont les patrons non classiques tout en prenant en compte le phototype du patient. Dans notre contexte, l'utilisation de la dermatoscopie comme moyen pour faire la part entre un carcinome basocellulaire pigmenté, un mélanome ou bien une autre tumeur pigmentée (figure 26) est très intéressante car elle permet d'orienter la démarche thérapeutique.



Figure 26 :

- a. Aspect clinique d'une tumeur pigmentée du visage, le diagnostic de CBC peut être suspecter cliniquement histologie en faveur d'un carcinome épidermoïde,
- b. Aspect dermatoscopique : tache d'encre au centre,  voile gris bleu,  pseudokystes cornées , on ne trouve pas de signes dermatoscopique en faveur d'un CBC [22]

Dans cette étude on a comparé également la fiabilité de l'examen dermatoscopique par rapport à la clinique en se référant à l'histologie qui est le gold standard.

Les résultats ont prouvés que la dermatoscopie permet d'améliorer la sensibilité diagnostique du CBC de 17%, et la spécificité de 23%. Ceci est expliqué par la difficulté de poser le diagnostic du CBC devant les formes très superficielles et les formes pigmentées; ces résultats sont semblables à ceux retrouvés dans la littérature comme le montre le tableau qui compare des sensibilités, spécificités, valeur prédictive positive et négative pour le diagnostic dermatoscopique du CBC obtenues par 3 observateurs expérimentés 1, 2 et 3.[15] (tableau 1)

Alors on n'a pas noté de différence significative entre la VPP de la clinique et la dermatoscopie ceci est lié au fait que la plupart des patients consultaient à des stades avancés où le diagnostic est cliniquement évident.

Tableau 1: la sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive, valeur prédictive négative, pour le diagnostic du CBC obtenus par 3 observateurs

	Observers			<i>P</i> value
	No. 1	No. 2	No. 3	
Sensitivity	95%	97%	95%	.573
Specificity	96%	96%	87%	.0002
PPV	96%	96%	88%	.0004
NPV	95%	97%	94%	.465

NPV, Negative predictive value; *PPV*, positive predictive value.

V. LIMITES ET PERSPECTIVES

1. LIMITES :

Au cours de notre étude prospective, nous avons été limités par le faible nombre de malade.

La plupart des patients consultent tardivement à des stades tumoraux limitant l'apport et l'utilisation de l'examen dermatoscopique.

Il n'existe pas d'étude à l'échelle nationale permettant la comparaison de nos résultats puisque notre centre hospitalier est le premier et le seul à utiliser la dermatoscopie.

Les patients examinés sont dans la majorité des cas de phototype foncé ce qui explique que l'interprétation et l'analyse dermatoscopiques étaient délicates.

2. PERSPECTIVES

La dermatoscopie nécessite un apprentissage et une formation médicale continue

Des études multicentriques doivent se réaliser à fin d'avoir plus de cas et pour avoir un échantillon varié

Nos résultats sont à comparer avec des études à l'échelle nationale

VI. CONCLUSION :

En conclusion, la dermatoscopie ouvre une nouvelle dimension de la morphologie clinique des lésions pigmentées cutanées, c'est une technique de référence permettant d'améliorer la précision des diagnostics des tumeurs cutanées. Cependant son utilisation exige une formation et une pratique régulière et suffisante.

Au cours de notre étude on a pu montrer l'intérêt de cette technique en prenant comme exemple le carcinome basocellulaire, dont la sensibilité était très élevée.

Notre série est caractérisée par la fréquence des carcinome baso cellulaires pigmentées qui posent un véritable diagnostic différentiel avec le mélanome, l'avènement de la dermatoscopie dans la pratique du dermatologue a permis de faire la part

VII. REFERENCES

- [1] Jacob A. Observations respecting an ulcer of peculiar character which attacks the eyelids and other parts of the face. Dublin Hosp Rep 1827;4:231.
- [2] Krompecher E. Drusenartige oberflachen epithel krebs ziegler. Beitr Pathol Anat 1900;28:1.
- [3] Fleming ID, Amonette R, Monaghan T, et al. Principles of management of basal and squamous cell carcinoma of the skin. Cancer 1995;75(Suppl. 2):699.
- [4] thèse: tumeurs cutanées malignes : étude prospective
- [5] CEDEF pour college des enseignants dermatologie de France. Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : carcinomes cutanés—item 149. Ann Dermatol Venerol 2008;135(11 suppl.): F134—10.
- [6] Dahl E, Aberg M, Rausing A, et al. Basal cell carcinoma: an epidemiologic study in a defined population. Cancer 1992; 70:104.
- [7] Staub G, Revol M, May P, Bayol JC, Verola O, Servanta JM. Marges d'exérèse chirurgicale et taux de récidence des carcinomes cutanés. Étude prospective de 844 cas. Ann Chir Plast Esthet 2008;53(5):389—99.
- [8] Boyd AS, Shyr Y, King LE. Basal cell carcinoma in young women: an evaluation of the association of tanning bed use and smoking. J Am Acad Dermatol 2002;46:706.

- [9] Brodtkin RH, Kopf AW, Andrade R. Basal cell epithelioma and elastosis: a comparison of distribution. In: Urback F, editor. The biological effects of ultraviolet radiation. Oxford: Pergamon; 1969. p. 581—618 [field, Ill.: Charles C. Thomas; 1978. p. 256].
- [10] Rodriguez-Sains RS, Jakobeic FA. Eyelid and conjunctival neoplasms. In: Smith BC, Della Rocca RC, Nesi FA, Lisman RD, editors. Ophthalmic plastic and reconstructive surgery. St. Louis: Mosby; 1987. p. 759—70.
- [11] Lancour JP. Carcinogenesis of basal cell carcinomas: genetics and molecular mechanisms. Br J Dermatol 2002;146(Suppl. 61):17.
- [12] B. Pinatel, A. Mojallal. Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome cutané basocellulaire — Analyse des recommandations. Ann Chir Plast Esthet (2012) 57, 92—105
- [13] Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinoma basocellulaire de l'adulte — Argumentaire — HAS, 2004.
- [14] Maloney ME, Jones DB, Sexton FM. Pigmented basal cell carcinoma: investigation of 70 cases. J Am Acad Dermatol 1992; 27: 74–78.
- [15] Dermatoscopy of basal cell carcinoma: Morphologic variability of global and local features and accuracy of diagnosis Davide Altamura 2009, the American Academy of Dermatology, Inc. doi:10.1016/j.jaad.2009.05.035

[16]Dermoscopy of Pigmented Basal Cell Carcinoma SCOTT W. MENZIES, MB, BS, PhD
Clinics in Dermatology Y 2002;20:268–269

[17]Evaluation of dermoscopic and histopathologic features and their correlations in
pigmented basal cell carcinomas M Demirta

[18]Surface microscopy of pigmented basal cell carcinoma SCOTT W. MENZIES Arch
Dermatol.2000;136:1012 -1016

[19]Dermoscopic Differentiation of a Superficial Basal Cell Carcinoma and Squamous
Cell Carcinoma In Situ SETH FELDER, BA, HAROLD RABINOVITZ, MD, MARGARET
OLIVIERO, ARNP, AND ALFRED KOPF, MD Dermatol Surg 2006;32:423–425

[20] Interobserver agreement on dermoscopic features of pigmented basal cell
carcinoma Ketty Peris and al, Dermatol Surg 2002;28 : 643-645

[21]Puspok-Schwarz M, Steiner M, Binder M, Partsch B,Wolff K, Pehamberger H,
Statistical evaluation of epiliminescence icroscopy criteria in the differential
diagnosis of malignant melanoma and pigmented basal cell carcinoma. Melanoma
Res 1997;7: 307-311

[22] Collection de service de dermatologie CHU HASSAN II.FES