

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université Batna 2

Faculté de médecine de Batna Département de médecine

Module Dermatologie : 6ème année médecine



LESIONS ELEMENTAIRES ET DEMARCHE DIAGNOSTIQUE EN DERMATOLOGIE

DR. TEBABEL WAFIA

Introduction :

- La **Peau** est un organe complexe qui enveloppe la surface du corps et se continue au niveau des orifices naturels par les Muqueuses.
- Les **Phanères** : *poils et ongles*, et de nombreuses glandes exocrines lui sont annexés.
- C'est le plus lourd des organes du corps humain (**16%**) $\approx 3,5$ kg, pour une surface de **1,2 à 2,3 m²**.

Structure et histologie de la peau : La peau est constituée, de l'extérieur vers l'intérieur par 3 zones distinctes : l'épiderme, le derme et l'hypoderme.

1.L'épiderme :

- C'est un épithélium malpighien pluristratifié *kératinisant*, organisé en 04 couches superposées :
 - La couche **basale** : dite germinative, ou compartiment de prolifération.
 - La couche **épineuse** : ou corps muqueux de Malpighi : compartiment de maturation.
 - La couche **granuleuse** : compartiment de différenciation pré terminale.
 - La couche **cornée** : compartiment de différenciation terminale, ou de desquamation.
- La population cellulaire épidermique est hétérogène : majoritairement constituée par les *Kératinocytes* à divers stades de leur maturation, associées à des *Mélanocytes*, des *cellules de Langerhans*, et des *cellules de Merkel*.
- L'épiderme ne contient aucun vaisseau sanguin ni lymphatique mais renferme de nombreuses terminaisons nerveuses libres.
- Il se renouvelle tous les 28 jours : c'est le processus de *Kératinisation*.
- La **jonction dermo-épidermique** : sépare l'épiderme du derme, peut être considérée comme un compartiment à part entière en raison de sa complexité structurale et son importance fonctionnelle.
 - Elle apparaît comme une ligne ondulée, fine et homogène où s'alternent les saillies de l'épiderme dans le derme dites « crêtes épidermiques » et les saillies du derme dans l'épiderme dites « papilles dermiques »

2.Le derme :

- C'est un tissu *conjonctif* constitué de *fibres conjonctives* et d'éléments *cellulaires*.
- Il est constitué d'une *substance fondamentale*, de *fibres élastiques*, de *fibres de collagène*, de *vaisseaux* et de *filets nerveux*.

3.L'hypoderme :

- C'est un tissu conjonctif *adipeux*, lâche, organisé en *lobules adipocytaires*, séparés par des *cloisons conjonctives* dans lesquelles cheminent les vaisseaux et les nerfs.

4.Les annexes : représentées par :

- Les *glandes sudorales* : eccrines et apocrines
- Le *follicule pilo-sébacé* : formé du poil et de la glande sébacée appendue au canal pileaire.
- Les *ongles*.





Sémiologie cutanée :

- La peau répond aux agressions et aux maladies qu'elle subit par les modifications visibles et/ou palpables appelées « lésions élémentaires ».
- On distingue :

Les lésions primitives : traduisent le processus lésionnel initial.

A.Les lésions non palpables : Macules : Lésion visible mais non-palpable, sans relief ni infiltration. Elle correspond à une simple modification de couleur (tache). On décrit :

1.Les macules rouges : 03 types ; en fonction de la vitropression :

- **Erythème** : macule rouge qui s'efface complètement à la vitropression. Elle correspond à une congestion des vaisseaux du derme superficiel. Il peut s'agir d'un :
 - Erythème *localisé*
 - Erythème *généralisé* :
 -  De type **scarlatiniforme** : érythème rouge vif, en grands placards continus, sans intervalles de peau saine.
 -  De type **morbiliforme** : érythème rouge étendu, fait d'éléments de petite taille avec intervalles de peau saine.
 -  De type **roséoliforme** : érythème fait de taches, mal délimitées avec larges intervalles de peau saine.
 -  **Érythrodermie** : érythème généralisé qui touche plus de 90% de la surface corporelle.
- **Purpura** : ne s'efface pas à la vitropression. Correspond à une extravasation de globules rouges dans le derme. C'est une tache rouge sombre qui évolue en quelques jours selon les teintes de la biligénèse.

- **Macules vasculaires** : s'effacent en partie à la vitropression, elles correspondent à une dilatation vasculaire anormale, et/ou à un excès du nombre des capillaires dermiques.

2. Les macules dyschromiques : peuvent être :

- **Pigmentées** : dues à une accumulation de pigment dans l'épiderme ou dans le derme :
 - Le plus souvent la mélanine, pigment naturel de l'épiderme.
 - Parfois, Pigment non mélanique, le plus souvent métallique.
- **Achromiques** (ou hypo chromiques) : dues à une diminution ou à une absence de mélanocytes de l'épiderme et/ou de sécrétion de mélanine par ceux-ci. Elles se présentent sous forme de tache claire.

B. Les lésions palpables :

a. Lésions palpables à contenu non liquidien (solide)

- **Papule** : élevation saillante solide, palpable, de contenu non-liquidien, dont le diamètre est **inférieur à 1 cm**.
- **Nodule** : élevation saillante, circonscrite, mesurant plus de **1 cm**, fermes et infiltrées à la palpation.
 - 🔴 **Nouure** : nodule de grande taille (souvent **plus de 5 cm**), à extension hypodermique.
- **Tubercule** : lésion palpable intradermique sans (ou avec peu de) relief.
- **Végétations** : excroissances filiformes, de consistance molle, à surface irrégulière, parcourue de sillons fissuraires.
- **Verrucosité** : végétation dont la surface est recouverte d'un enduit kératosique.
- **Squames** : lamelles de couche cornée se détachant à la surface de la peau, peu adhérentes et se détachent facilement, spontanément visibles ou après grattage, on distingue :
 - Squames **scarlatiniformes** : en grands lambeaux, traduisant une production cornée brutale et intense.
 - Squames **pityriasiformes** : petites squames fines, peu adhérentes, blanchâtres et farineuses, elles sont typiques du pityriasis capitis (pellicules du cuir chevelu)
 - Squames **ichtyosiformes** : grandes squames polygonales, comme les écailles de poisson, se détachant d'un tégument très sec.
 - Squames **psoriasiformes** : squames blanches, brillantes, lamellaires, larges et nombreuses.
 - Squames en « **collerette** » : fines, adhérentes au centre mais non en périphérie, recouvrant une lésion inflammatoire.
- **Kératose** : Épaississement corné plus large qu'épais. Elle réalise des lésions sèches et très adhérentes.
 - 🔴 **Corne** : kératose plus épaisse et plus haute que large.
- **Cordon** : lésion évoquant à la palpation une corde ou une ficelle, plus au moins linéaire, de taille variable.
- **Sillon** : petit tunnel dans la peau qui héberge habituellement un parasite : Lésion millimétrique à peine visible et/ou palpable.

b. Lésions palpables à contenu liquidien

- **Vésicule** : lésion de quelques millimètres (**< 3 mm**) de diamètre, en relief, à contenu liquidien clair.
- **Bulle** : lésion mesurant plus **de 5 mm** de diamètre, en relief, à contenu clair, trouble ou hémorragique.
- **Pustule** : soulèvement circonscrit de l'épiderme contenant d'emblée du pus, soit :
 - **Folliculaire** : acuminée, centrée par un poil.
 - **Non-folliculaire** : pustule plane, le plus souvent amicrobienne.

Lésions secondaires : correspondent à l'évolution des lésions primitives.

- **Croûtes** : secondaires à la coagulation (assèchement) d'un exsudat séreux, hémorragique ou purulent.
- **Pertes de substance** : selon leur profondeur, on distingue :
 - **Erosion** (Exulcération) : perte de substance superficielle, touchant exclusivement l'épiderme.
 - **Ulcération** : perte de substance plus profonde, touchant le derme, guérit en laissant une cicatrice.
 - 🔴 **L'ulcère** : perte de substance chronique (> 6 semaines) sans tendance spontanée à la cicatrisation.
 - 🔴 **La fissure** : érosion ou ulcération linéaire.
 - 🔴 **L'escarre** : nécrose secondairement ulcérée au point de pression [ischémie d'appui].
 - 🔴 **Le chancre** : érosion ou ulcération au point d'inoculation d'une infection contagieuse.

Autres lésions :

- **Gomme** : formation volumineuse dermo-hypodermique inflammatoire, passant par 4 stades : nodules → ramollissement → ulcération → cicatrisation
- **Lichénification** : épaississement de la peau avec exagération de ses sillons. Il existe souvent une pigmentation brun-jaunâtre, ou violette, de petites squames adhérentes et des excoriations de grattage. Elle résulte d'un prurit chronique.

- **Gangrène** : une nécrose tissulaire noirâtre, secondaire à une hypo ou avascularisation. C'est un tissu cutané non viable qui tend s'éliminer.
- **Tumeur** : Une tumeur cutanée ne correspond pas à une lésion élémentaire particulière. Elle peut être représentée par toutes les lésions élémentaires primitives [papules, nodules ...] ou secondaires [ulcérations, croûtes...]. Elle peut être unique ou multiple, bénigne ou maligne.
- **Cicatrice** : Correspond à l'aboutissement d'un processus de réparation impliquant surtout le derme après une perte de substance ou une inflammation cutanée.
- **Modifications de la consistance de la peau** :
 - **Atrophie** : amincissement de la peau, qui prend un aspect blanchâtre, nacré, déprimé se plissant finement (dit « en papier à cigarette »)
 - **Sclérose** : induration et perte d'élasticité de la peau, qui devient difficile à plisser avec effacement du relief.
 - **Anéodermie** : dépression à la palpation avec saillie à l'inspection.
- **Poikilodermie** : aspect bigarré, associant une *atrophie cutanée* + *pigmentation* réticulée (leuco-mélanodermie) + *Télangiectasies*.

Dermopathologie : La terminologie histopathologique est indispensable pour une confrontation anatomoclinique efficace.

A. Les lésions épidermiques :

- **Acanthose** : se définit par une augmentation de l'épaisseur globale de l'épiderme. Elle peut être diffuse ou atteint sélectivement les crêtes épidermiques « dite psoriasiforme ».
 - En cas d'augmentation sélective d'épaisseur de la couche granuleuse, on parle d'*hypergranulose*
- **Hyperkératose** : épaissement de la couche cornée.
 - Si les kératinocytes gardent leur aspect habituel dépourvu de noyaux, il s'agit d'une hyperkératose *orthokératosique*.
 - La *parakératose* se définit comme une persistance des noyaux au sein des cornéocytes.
- **Spongiose** : se traduit par un écartement des kératinocytes les uns des autres en raison d'un œdème intercellulaire. Elle peut aboutir à la désunion des kératinocytes et la création d'espaces clairs intra épidermiques « Vésicules »
 - On peut avoir une accumulation de PNN dans les vésicules= Pustule *spongiforme*
- **Acantholyse** : se caractérise par une perte de la connexion intercellulaire des kératinocytes, les cellules apparaissent isolées les unes des autres conduisant à la formation de bulles intra-épidermiques.

B. Altérations dermo-épidermiques :

- **Papillomatose** : se traduit par une exagération du dessin des papilles et des crêtes inter-papillaires, elle s'accompagne fréquemment d'une acanthose.

C. Lésions dermiques :

- **Atrophie dermique** : caractérisée par une diminution de son épaisseur globale, une raréfaction du collagène et une hypotrophie des annexes.
- **Sclérose** : se définit, au contraire, par un épaissement du collagène, qui devient très horizontal.
- **Fibrose** : désigne une augmentation des fibres de collagène et des fibroblastes dermiques.

D. Lésions hypodermiques :

- **Cytostéatonecrose** (nécrose de la graisse) : se traduit par la présence d'adipocytes éclatés qui aboutissent à des plaques de graisses fondue légèrement basophiles.

Démarche diagnostique en dermatologie :

- Le diagnostic en dermatologie est établi sur les données de l'interrogatoire, de l'examen physique et des examens complémentaires, en cas de nécessité.
- En théorie, on peut opposer deux démarches cliniques différentes :
 - **La démarche analogique** : rapide, fait le diagnostic dès l'inspection, sur un aspect clinique caractéristique. Elle nécessite d'avoir déjà vu la lésion et comporte plus de risque d'erreur.
 - **La méthode analytique** (ou « raisonnée ») : plus lente. Elle correspond à une démarche médicale classique : le recueil de données (l'analyse) précède le diagnostic (la synthèse). C'est cette méthode qui sera décrite ici.

Interrogatoire :

- L'Age, la profession l'origine géographique.
- Les antécédents personnels et familiaux.
- Histoire de la maladie : date et mode de début, Aspect initial des lésions.
- Signes fonctionnels (prurit, douleurs)
- Evolution : des lésions et de l'affection.
- Traitements antérieurs.
- Facteurs environnementaux (habitat, loisirs, exposition solaire...) et psychologiques.

Examen physique :

Méthode :

- **L'inspection** : Le patient, détendu, doit être examiné dans un endroit correctement éclairé, de préférence en lumière du jour. L'ensemble du revêtement cutané est examiné.
- **Examen en lumière de Wood** : consiste à examiner en lumière ultraviolette la peau à l'obscurité (dermatoses infectieuses...)
- **La palpation** : permet d'apprécier le relief superficiel d'une lésion ou son infiltration.
- **La vitropression** : Pratiquée avec un verre de montre ou une lame de verre. Permet de différencier une simple macule érythémateuse, due à une congestion vasculaire (qui disparaît à la vitropression), d'un purpura, liée à une extravasation vasculaire (et qui persiste à la vitropression).
- **Le curetage** : doux à l'aide d'une curette permet d'analyser l'épaisseur et l'adhérence des lésions squameuses. Il permet de les détacher et d'examiner les lésions sous-jacentes.
- **La friction** : réalisée à l'aide d'une pointe mousse, elle permet de mettre en évidence :
 - *Un dermographisme* : papule œdémateuse provoquée par la friction d'une peau saine : correspond à une urticaire physique.
 - *Un signe de Nikolski* : décollement bulleux provoqué par la friction douce d'une peau saine : dans le syndrome de Lyell et certaines dermatoses bulleuses auto immunes (pemphigus)
- **Application de l'encre de Chine** : permet de rechercher des sillons scabieux.
- **Examen à la loupe dermatologique** : permet d'affiner l'inspection
- **Dermatoscopie** : pour l'examen des lésions en émergence et épi-illumination, permet, après l'application d'une goutte d'huile, de réaliser une inspection à travers la couche cornée qui devient transparente.

Résultats :

- Le but de l'examen dermatologique est de définir la ou les lésions élémentaires, les plus précoces, idéalement non modifiées par les différents traitements locaux, le grattage ou la surinfection locale.
- Puis, il convient de caractériser l'éruption cutanée d'après trois facteurs : la nature, le groupement et la topographie.
 - **La nature de la lésion élémentaire** (macules, papules, pustules, vésicules...) et ses caractéristiques : taille, forme, surface, couleur, bords, consistance
 - **Le groupement de ces lésions** : les lésions élémentaires peuvent s'agencer selon différents modes :
 - 🔴 *En plaque* : de 1 à 10 cm
 - 🔴 *En placard* (nappe) : > 10 cm
 - 🔴 *Linéaire* : selon une ligne droite ou brisée (aspect serpigneux)
 - 🔴 *Annulaire* : anneau complet
 - 🔴 *Arciforme* : anneau incomplet
 - 🔴 *Polycyclique* : plusieurs cercles confluents ou concentriques
 - 🔴 *En cocarde* : aspect de cible.
 - **La topographie, la distribution et l'étendue** de la dermatose :
 - 🔴 *Ubiquitaire* : Localisées ou généralisées.
 - 🔴 *Électives* de certaines dermatoses : psoriasis (coudes, genoux)
 - 🔴 *La symétrie*.
 - 🔴 Certaines dermatoses [comme le psoriasis] ont tendance à se produire sur des zones de peau traumatisée, le long d'une strie de grattage ou bien d'une cicatrice chirurgicale. Ce phénomène est appelé **phénomène de Koebner**.

Examens complémentaires :

- **Prélèvements microbiologiques superficiels** : réalisés par grattage, ponction, écouvillonnage ou frottis à la recherche d'un *agent infectieux* responsable d'une dermatose *bactérienne*, *fongique*, *parasitaire* ou *viral*.
- **Biopsie cutanée** : Elle permet l'analyse histologique de la [ou des] lésion(s) élémentaire(s) dont un fragment de petite taille [quelques mm de diamètre] est prélevé après anesthésie locale.
 - 02 techniques de prélèvement sont possibles : le *punch* ou la *biopsie au bistouri*
- **Les explorations allergologiques** : Souvent nécessaires pour prouver le caractère allergique d'une dermatose et surtout pour préciser l'allergène en cause afin de l'éviter pour prévenir les récives.
 - On distingue : Les tests épicutanés (patch-tests), Les tests photobiologiques ...
- **Autres** : cytodagnostic ; immunofluorescence directe et indirecte, sérologies, bilan d'auto-immunité, tests génétiques ...