

Sémiologie dermatologique

Collège National des Enseignants de Dermatologie

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

1	Pré-requis.....	1
1 . 1	Rappel des fondamentaux : la peau aspects morphologiques simplifié.....	1
1 . 2	Les cellules de l'épiderme.....	1
2	Examen clinique.....	2
2 . 1	L'examen d'un patient porteur d'une dermatose.....	1
2 . 2	Le recueil des données.....	1
2 . 2 . 1	l'interrogatoire de base : (cf ci-dessous annexe 2 : Mener un interrogatoire : l'art du dialogue).....	1
2 . 2 . 2	l'examen des lésions.....	1
2 . 2 . 3	Un interrogatoire orienté est réalisé au cours ou après l'examen clinique.....	1
2 . 3	Les examens complémentaires.....	1
2 . 4	La biopsie cutanée.....	1
3	Sémiologie illustrée	3
3 . 1	Les lésions élémentaires primaires	1
3 . 1 . 1	Les lésions visibles.....	1
3 . 1 . 1 . 1	LES MACULES ROUGES.....	1
3 . 1 . 1 . 2	LES MACULES PIGMENTEES.....	1
3 . 1 . 1 . 3	LES MACULES DEPIGMENTEES.....	1
3 . 1 . 2	Les lésions palpables et visibles.....	1
3 . 1 . 2 . 1	Collections liquidiennes.....	1
3 . 1 . 2 . 2	Epaississement du tégument.....	1
3 . 2	Lésions élémentaires secondaires.....	1
3 . 2 . 1	Les lésions visibles.....	1
3 . 2 . 2	Les lésions palpables et visibles.....	1

Examen clinique

L'examen d'un patient porteur d'une dermatose

La peau est un organe différent des autres :

C'est un organe visible

C'est un organe d'échange

C'est un organe affiché

La peau est un organe accessible à l'examen clinique et aux explorations para cliniques simples (prélèvement, biopsie). L'observation de la peau, des muqueuses et des phanères fait partie de tout examen clinique.

Les maladies dermatologiques sont nombreuses et très répandues. Elles peuvent être le témoin et parfois le mode de révélation d'affections générales. La découverte de signes cutanés, facilement accessibles à l'examen sémiologique et à la biopsie, peut épargner au malade d'autres explorations coûteuses ou inconfortables.



Les conseils pratiques pour bien examiner :

En théorie on peut opposer deux démarches cliniques différentes :

La *démarche impulsive*, rapide, qui fait le diagnostic dès la salle d'attente : au premier coup d'oeil on a reconnu une maladie particulière sur un symptôme caractéristique : eczéma, angiome....

Attention cette approche clinique présente des dangers : elle nécessite d'avoir déjà vu la lésion pour la reconnaître et surtout elle comporte le risque d'erreur par défaut, lié à une insuffisance d'examen clinique.

La *méthode raisonnée* est plus lente et parfois moins brillante. Elle a recours à une démarche médicale classique: le recueil de données (l'analyse) précède le diagnostic (la synthèse). C'est cette méthode qui est utilisée et sert de trame à l'examen clinique.

Le recueil des données

Basé sur le déroulement habituel d'une consultation le recueil des symptômes comporte les étapes successives suivantes:

- 1- l'interrogatoire du patient (ou de l'entourage chez l'enfant)
- 2- l'examen des lésions
- 3- l'enquête anamnésique plus orientée
- 4- l'examen complet du patient



1- l'interrogatoire de base :

L'interrogatoire tente de préciser 2 points principaux :

- *L'histoire récente et les motifs de la consultation*. L'aspect initial rapporté par le patient, est en général imprécis et il ne faut pas attendre du malade une description sémiologique fine et encore moins un diagnostic. Par contre, le point de départ des lésions, les circonstances de la survenue, la notion d'épidémie sont des notions utiles.

- *Les modalités évolutives de l'éruption* leur caractère aiguë ou chronique, les thérapeutiques appliquées, seront systématiquement demandées.

2- l'examen des lésions :

Le médecin doit s'imposer des **conditions d'examen rigoureuses** : le diagnostic d'inspection rapide

n'a aucune fiabilité. Le patient, détendu, doit être examiné dans un endroit **correctement éclairé** ; l'ensemble du revêtement cutané est analysé : cheveux, ongles, muqueuses, régions ano-génitales, ombilic, plis rétro-auriculaires, paumes et plantes.



Certains accessoires sont utiles : la loupe, le verre de montre, l'abaisse langue, la lampe frontale par exemple.

L'examen à la lumière de Wood est très utile.

Quelle lésion analyser ?

Devant une éruption plus ou moins polymorphe, l'étudiant sera interloqué sur quelle lésion son œil doit-il s'arrêter ?

L'analyse clinique d'une éruption oblige à une sélection. Certaines lésions sont en effet très discriminantes :

La lésion élémentaire primitive correspond au processus lésionnel initial. Elle traduit un processus lésionnel précis, en rapport avec un ou plusieurs mécanismes.

Elles sont appelées "lésions élémentaires primitives" sont tantôt seulement visibles tantôt visibles et palpables. Cf chapitre suivant

Une dermatose peut être constituée d'un seul type de lésion élémentaire ou de l'association de plusieurs.

La lésion élémentaire secondaire représente un stade évolutif d'une lésion primitive. ce sont des lésions récentes, pures, peu ou pas modifiées par le grattage la macération ou le suintement les lésions élémentaires secondaires, souvent plus nombreuses, ont une plus faible valeur sémiologique. Ces lésions correspondent à l'évolution naturelle ou compliquée d'une lésion élémentaire et elles ont perdu toute spécificité. Ainsi la dessiccation du contenu d'une bulle, d'une vésicule, ou d'une pustule, aboutit à la formation d'une même lésion secondaire : la croûte.

En pratique la distinction entre lésion primitive et secondaire n'est pas toujours aisée et surtout de nombreuses dermatoses font cohabiter plusieurs lésions élémentaires : erythème et squames pour le psoriasis, oedème et erythème pour l'urticaire, érythème, oedème, suintement, croûtes, lichénification pour l'eczéma.

Des gestes simples permettent de mieux définir une lésion élémentaire :

La vitropression pratiquée avec un verre de montre ou une lamelle permet de collaber les capillaires de la peau et différencie une macule érythémateuse qui disparaît à la vitropression d'une macule purpurique qui ne disparaît pas.

Le curetage : d'intérêt limité permet de distinguer le type de squames pityriasiformes (fines) et psoriasiformes (squames épaisses). Le curetage permet de détacher les croûtes.

Les critères de l'analyse sémiologiques

Plusieurs éléments peuvent définir une lésion cutanée : l'inspection apprécie

La forme des lésions :

Des adjectifs précis définissent la forme et les limites d'une lésion: arrondie , ovulaire, polygonale, polycyclique, annulaire (en forme d'anneau), serpigneuse (sinueuse)

La disposition des lésions :

Elles peuvent rester isolées, distinctes, ou bien au contraire se grouper en bande (zoniforme) en bouquet (herpétiforme) en filet (réticulé) en arc de cercle (arciforme).

Certaines dermatoses - comme le psoriasis - ont tendance à se produire sur des zones de peau traumatisée, le long d'une strie ou grattage ou bien d'une cicatrice d'appendicite. Ce phénomène est appelé phénomène de Koebner .

La topographie, la distribution et l'étendue sont des éléments très utiles à préciser

Le lieu d'apparition peut être évocateur (les zones découvertes évoquent un déclenchement par le soleil) au cours des photo dermatoses.

Selon l'étendue, généralisée ou localisée, des groupes de diagnostics peuvent être évoqués.

Le siège des lésions, leur caractère symétrique (vitiligo) leur topographie élective : zones déclives (purpura vasculaire), plis de flexion (eczéma atopique), sont aussi des arguments d'orientation utiles

pour de nombreuses affections.



3. Un interrogatoire orienté est réalisé au cours ou après l'examen clinique :

Dès le stade d'analyse sémiologique les diagnostics les plus probables sont envisagés. Il est alors utile de reprendre l'interrogatoire pour préciser des points particuliers :

La notion de prurit : parmi les rares signes fonctionnels, le prurit à une valeur d'orientation indiscutable.

Le prurit peut être au premier plan et entraîner dans des dermatoses sévères une grave altération de la qualité de vie

L'environnement du patient :

Quelle est sa profession ? vit-il en milieu urbain ou à la campagne ? est-il en contact avec des animaux domestiques ?, vit-il en collectivité ?...

Les antécédents familiaux :

Outre la notion galvaudée de "terrain allergique familial", l'enquête familiale doit être abordée systématiquement en cas d'une suspicion de dermatose congénitale.

L'examen clinique général :

Chez un patient porteur d'une dermatose, l'examen cutané est indispensable mais jamais suffisant.

L'examen général, reste systématique.

Dans un grand nombre de cas, l'analyse des lésions cutanées permet, d'aboutir d'emblée à un diagnostic ou un groupe de diagnostic. Cette étape se montre cependant insuffisante dès que le symptôme est peu discriminant (c'est le cas des tumeurs par exemple) ou bien que le mécanisme n'est pas univoque (lésions bulleuses).

Des explorations paracliniques s'avèrent alors indispensables, soit pour compléter l'étude morphologique à l'échelon du tissu, grâce à l'histologie, ou bien pour aborder le mécanisme lésionnel, par des examens bactériologiques, virologiques ou immunologiques.

Les examens complémentaires

La peau organe extériorisée est particulièrement apte aux explorations. 2 types d'examens peuvent être réalisés à partir du revêtement cutané.

- **La photographie** : La photographie des lésions est utile dans de nombreuses situations. Elle complète la fiche d'observation, sert de moyen de surveillance (naevus, angiome) peut-être télétransmise. Elle peut être utilisée dans un but de diagnostic, de suivi thérapeutique ou pour la formation médicale. Dans tous les cas, la photographie doit être prise avec l'accord du malade.

- **Les prélèvements superficiels** à la recherche d'un agent responsable bactérien, parasitaire ou viral.

- **La biopsie cutanée** qui permet l'étude morphologique et/ou immunologique du tissu.



La biopsie cutanée

Pourquoi une biopsie cutanée ?

La biopsie a avant tout un intérêt diagnostique parfois même une indication thérapeutique en cas de "biopsie exérèse".

L'indication principale d'une biopsie cutanée concerne les tumeurs mais aussi certaines dermatoses, les dermatoses bulleuses.

Où réaliser une biopsie ?

Une biopsie à visée diagnostique doit porter sur une lésion récente, non modifiée par une application locale ou une surinfection. Le fragment prélevé doit être suffisamment épais pour permettre l'analyse de tous les composants jusqu'au derme profond. Dans le cas des lésions bulleuses, la biopsie est réalisée à la limite de la peau lésée et de la peau saine, pour mieux mettre en évidence la zone de décollement.

Comment réaliser une biopsie ?

Deux techniques sont possibles : le punch ou le bistouri.

- Le punch est un emporte pièce qui comporte une lame cylindrique coupante qui permet d'obtenir une "carotte" de peau. Cette technique est souvent pratiquée chez l'enfant car le temps d'intervention est très réduit.

- La biopsie au bistouri : est plus classique, l'exclusion s'effectue selon un trajet réalisant un prélèvement en quartier d'orange. Une suture est ici indispensable. 

Sémiologie illustrée

Sommaire

Plan du cours

Les lésions élémentaires primaires :

- Les lésions visibles

- Les lésions palpables et visibles

Les lésions élémentaires secondaires

- Les lésions visibles

- Les lésions palpables et visibles

Plan du cours

LES LESIONS ELEMENTAIRES PRIMITIVES

A- Des lésions visibles :

Les macules ou taches peuvent être rouge (érythémateuse), brun (pigmentaire) ou achromique (dépigmentées)

B - Des lésions palpables et visibles:

surélevées par rapport à la peau saine voisine leur contenu peut être liquide ou solide.

- Si le contenu est liquide:

- on parle de **vésicule**,
- de **bulle**
- de **pustule**.

- Si le contenu est solide on parle de papule, de nodule ou de végétation en fonction du niveau de la lésion. Les végétations sont des lésions franchement surélevées par rapport à la peau ce qui donne

lieu à des comparaisons "végétales" telles que chou fleur ou framboise. . .

A RETENIR Des lésions élémentaires différentes coexistent . fréquemment sur la peau c'est le cas en particulier de l'eczéma ou des tumeurs qui ne répondent pas à une lésion élémentaire particulière mais associent plusieurs types lésionnels .

LES LESIONS ELEMENTAIRES SECONDAIRES :

A-Les lésions visibles :

- Les **lésions squameuses** c'est-à-dire constituées de pellicules cornées se détachant facilement.

La plupart des lésions squameuses se situent sur une peau rouge: on parle de **lésions érythémato-squameuses** : elles sont très fréquentes et variées.

- Les **croûtes** correspondent à la coagulation d'un exudat à la surface de la peau

B – Des lésions palpables et visibles :

- soit surélevées par rapport à la peau saine

- **cicatrices**

- soit déprimées par rapport à la peau saine

- **atrophie**

- **sclérose**

- **érosion**

- **ulcération**

Les lésions élémentaires primaires :

A - Les lésions visibles :

I- LES MACULES

Les taches (ou macules) sont des lésions seulement visibles.

Ce sont des taches, c'est-à-dire des lésions sans relief, qui peuvent être colorées (macules rouges et macules pigmentées) ou décolorées (hypochromies et achromies).

A/ LES MACULES ROUGES

A- Taches rouges : ces lésions très fréquentes, se différencient en 3 catégories suivant que la pression du doigt (ou la vitropression) les fait disparaître passagèrement.

- **les érythèmes** s'effacent à la pression (car ils correspondent à une vasodilatation des vaisseaux du derme, dont la pression chasse le sang).

- **les purpuras** ne s'effacent pas (car les globules rouges sont sortis des vaisseaux et la pression ne peut les faire disparaître puisqu'ils infiltrèrent le derme).



- **les angiomes** liés à une anomalie congénitale des vaisseaux, s'effacent en partie à la pression.



1) L'érythème

Définition

C'est une macule rouge qui disparaît à la pression (signe de la vitropression). Il représente le signe direct de la **vasodilatation** des capillaires du derme superficiel.

Topographie

Les érythèmes localisés correspondent à une rougeur, plus ou moins étendue, par exemple la rougeur d'une brûlure au 1er degré, siége là où a porté la chaleur causale.

Les érythèmes **régionaux diffèrent aussi des érythèmes généralisés et des érythèmes localisés** par leur durée qui peut être beaucoup plus longue. Ils ne siègent que dans des régions bien définies dont la topographie fournit par elle-même une explication sur leur cause:

- les érythèmes des **régions découvertes** (visage et dos des mains) évoquent en premier lieu le rôle direct ou indirect du soleil

- **les érythèmes des plis** (inguinaux, fessiers, axillaires) dont la localisation s'explique par le phénomène de macération surtout chez les obèses.

- **les érythèmes fessiers** du nourrisson,

Les érythèmes généralisés ne doivent pas être confondus avec les **érythrodermies** = érythème généralisé dans le contexte d'inflammation cutanée intense avec oedème, augmentation de la chaleur cutanée,

Au cours des érythrodermies:

- la rougeur est souvent plus intense
- la durée dépasse nettement 2 semaines (peut atteindre des mois ou des années)
- la rougeur s'accompagne d'autres signes: infiltration, c'est-à-dire épaissement de la peau, oedème du tissu sous-cutané, desquamation persistante, et autres signes dermatologiques, troubles des phanères etc.
- des signes généraux sont quasi constants:

L'erythrodermie est une affection grave dont les causes sont multiples: eczéma, psoriasis, lymphome..



Mécanismes

On parle de vasodilatation active pour désigner un érythème rouge vif, congestif du à une vasodilatation artériolo-capillaire. C'est la forme la plus fréquemment rencontrée. L'érythème peut être intense ou au contraire pâle .

En cas de vaso dilatation passive sans inflammation due à une stase sanguine sans inflammation : la peau est alors froide au toucher prend une nuance violacée: on parle alors, **d'érythrocyanose** ou d'érythème passif .

Type :

Selon que l'érythème est le seul symptôme cutané ou bien qu'il ,s'associe à d'autres lésions élémentaires on parle d'érythème « symptôme » ou d'érythème «maladie ».

L'*érythème* « symptôme » se retrouve dans tous les états inflammatoires et fait partie du tableau de presque toutes les affections dermatologiques. Cette rougeur, s'accompagne d'une élévation de la chaleur locale. Quand d'autres lésions élémentaires plus discriminantes sont associées tels que vésicules, bulles, papules, l'érythème passe alors au second plan.



L'*Erythème* «maladie » est toujours une affection brève, ne dépassant pas 8 à 10 jours. A la fin de l'éruption une desquamation de 2-3 jours peut survenir.



L'Erythème « maladie » prend la forme d' érythème généralisé. On décrit 3 variétés d'érythèmes selon le type de maladies auxquelles elles font référence.



-de type scarlatiniforme: un érythème rouge vif sans intervalles de peau saine,

-de type morbiliforme: un érythème rouge étendu avec intervalles de peau saine,



-de type roséoliforme: un érythème rosé plus discret limité avec de large plaques de peau saines parfois à la limite de la visibilité et fugace.



L'Erythème scarlatiniforme : tout le tégument est rouge, de façon continue, même si la rougeur est parfois plus importante dans certaines régions. Il existe un critère négatif important qui est l'absence de peau saine au sein de cette peau rouge. Rencontré au cours des rash médicamenteux



L'Erythème morbilliforme (c'est-à-dire du type de la Rougeole): ici au contraire, de petits espaces de peau restés blancs persistent à l'intérieur de la rougeur diffuse. Les taches rouges ont généralement une surface inférieure à 1 cm².

Les taches rouges, généralement rouge-vif, sont aussi très légèrement surélevées par rapport à la peau saine mais pas assez pour constituer des papules (cf plus loin). On dit alors qu'elles sont ortiées (comparaison avec les piqûres d'orties) ou velvétiques (comparaison avec le velours).



Rencontré au cours de la rougeole, de fièvres éruptives virales et de rash médicamenteux.

L'Erythème roséoliforme est assez proche du précédent, : il est fait de taches roses plus pâles, plus mal délimitées sur fond normal. Rencontré au cours de la rubéole et de la **roséole syphilitique**

Les diagnostics différentiels:

-télangiectasies :



-livedo. Il a un siège souvent distal. :



2) Le purpura:

correspond à une extravasation de globules rouges dans le derme et reflète soit une anomalie de la

paroi vasculaire (vascularite), soit une anomalie du sang en particulier des plaquettes (thrombopénie, thrombopathies).



Le purpura **persiste lors de la vitropression**, et évolue selon la biligénie locale c'est-à-dire que sa couleur se modifie devenant rouge puis bleu puis jaune telle l'évolution spontanée d'une ecchymose..



Différentes formes sémiologiques sont individualisées:

- Le **purpura pétéchiol** : la lésion est répartie en petites taches d'un ou deux mm de diamètre, qu'on appelle pétéchie. Quand elles ont plusieurs jours d'ancienneté les pétéchie tendent à devenir brunes, jaunes, vertes prenant les couleurs successives de l'ecchymose (biligénie locale)
- Le **purpura en vibices**, sous forme de traînées linéaires, correspondant au déclenchement des lésions par un facteur externe tel que le grattage ou le port de vêtement serré,



- Le **purpura ecchymotique**, véritable extravasation de globule rouges en nappe sous épidermique évoluant comme des hématome superficiels,

- Le **purpura nécrotique** qui témoigne d'une atteinte profonde de vaisseaux avec thrombose et nécrose des structures sus jacentes.

Le purpura a une grande valeur sémiologique et impose la pratique rapide d'une NFS (numération de formule sanguine) à la recherche d'une thrombopénie, seule véritable urgence thérapeutique.

D'autres signes dermatologiques (papules, bulles...) peuvent être associés

Un érythème peut accompagner un purpura, mais c'est alors ce dernier qui sera pris en compte comme lésion élémentaire.

3) Les angiomes :

sont des taches rouges disparaissant en partie à la vitropression mais remarquables par leur caractère fixe. Les angiomes surviennent dès l'enfance:



- tantôt sous forme d'une tache plane c'est l'**angiome plan** présent à la naissance qui restera stable au cours de la vie
- tantôt sous forme d'une tumeur en relief souvent rouge vif c'est l'**hémangiome** qui survient dans les premières semaines de la vie et évoluera vers une disparition progressive .

B/ LES MACULES PIGMENTEES



Elles représentent une accumulation de pigment dans l'épiderme ou dans le derme. Il peut s'agir:

- de **pigment mélanique**. La pigmentation est alors
 - o diffuse (telle la mélanodermie de la maladie d'Addison),
 - o localisée (comme dans le cas du **chloasma** ou masque de grossesse, les **photosensibilisations aux parfums**, les **taches café au lait** de la neurofibromatose de Recklinghausen, les **taches mongoliques** du nourrisson).



- d'accumulation de **cellules naeviques** comme dans les **nævus mélanocytaire** ou grains de beauté.



Enfin peut s'agir aussi de pigment non mélanique mais ferrique, comme dans l'hémochromatose, le dermite ocre de la maladie variqueuse.



C/ LES MACULES DEPIGMENTEES



Elles se présentent sous forme de tache claire en rapport avec:

- une diminution de la quantité de pigment, ce sont les hypochromies tels le **pityriasis versicolor** ou les séquelles de **cicatrices**.
- une disparition du pigment, ce sont les achromies tel le **vitiligo**.



B - Les lésions palpables et visibles :

Ces lésions modifient la consistance et la forme de la surface de la peau.

Ce sont généralement des lésions surélevées par rapport à la peau normale voisine. Cette surélévation peut être due :

- soit à une collection liquidienne : vésicules, bulles, pustules
- soit à un épaissement du tégument par des mécanismes différents.

A - Collections liquidiennes. Il peut s'agir :

1) de vésicules :



Vésicules intra-épidermiques.

Elles réalisent des soulevements circonscrits de l'épiderme de petite taille (inférieure à 2 mm), contenant une sérosité claire.



on parle de vésicules si le diamètre est inférieur à 2mm, et de bulles s'il est supérieur.

Si la plupart des lésions sont vésiculeuses mais qu'un petit nombre seulement soit bulleux, l'affection sera plutôt classée dans les bulles. Les lésions à contenu liquidien permettent aisément un prélèvement à la recherche d'un agent infectieux bactérien , viral ou plus rarement mycosique.



Les contours sont généralement arrondis, exceptionnellement angulaires. Il existe souvent un liseré rouge autour de la bulle ou vésicule, parfois même une lésion érythémateuse. Le toit de la vésicule (représenté par l'épiderme) est bombé, lisse, hémisphérique au début. Quand la vésicule vieillit, elle

sèche, le toit de la lésion se flétrit, la partie centrale se déprime et brunit on parle alors de lésion ombiliquée.



Les vésicules surviennent soit :

- sur une peau saine comme au cours de la varicelle,
- sur une peau érythémateuse comme dans l'herpès et le zona.
- sur une peau inflammatoire accompagnées de démangeaisons (prurit), réalisant la lésion élémentaire de l'eczéma.
- au cours de maladies chroniques rares d'origine auto-immune comme la dermatite herpétiforme ou la dermatose à IG A linéaire. L'histologie est alors indispensable.

Quand le toit de la vésicule est déchiré par le grattage, il est remplacé par des sécrétions sèches formant croûte. Une vésicule peut voir son contenu se troubler et forme alors une sorte de pustule.

2) de pustules :



3) *Pustule (sous-cornée) avec réaction inflammatoire du derme; Ne pas tenir compte des proportions.* Elles ont la même forme, et souvent le même halo rouge, que les bulles ou vésicules, mais leur contenu est d'emblée opaque, blanc pur ou verdâtre. Elles ont tendance à s'ombiliquer au bout de quelques jours et quand elles sont déchirées, forment des croûtes assez épaisses, comme dans l'impétigo.

Certaines pustules sont dites folliculaires : elles sont centrées par un poil qui émerge en leur milieu. Les pustules fermées représentent une condition favorable pour un prélèvement bactériologique réalisé avec une pipette stérile . Certaines pustules sont stériles encore dites amicrobiennes au cours du psoriasis pustuleux ou de la maladie de Behcet.



3) de bulles :



Ce sont des soulèvements circonscrits de l'épiderme, de grande taille (supérieure à 1 cm), contenant une sérosité claire, purulente ou hémorragique.



Le diagnostic étiologique est apporté par l'histologie qui distingue :

A/ LES BULLES INTRA-EPIDERMiques :

Bulle intra-épidermique

.Elles résultent de la perte de cohésion des kératinocytes, comme dans les pemphigus ou le syndrome de Lyell, où la bulle est très superficielle, respectant la membrane basale, et donc très fragile.

B/ LES BULLES SOUS-EPIDERMiques :

Bulle sous-épidermique (l'épiderme est distendu mais intact. Quelques cellules dans la bulle).



Le clivage se fait au niveau de la membrane basale, comme dans la pemphigoïde bulleuse ou les épidermolyses bulleuses acquises et héréditaires. Ici , tout l'épiderme est décollé, réalisant de ce fait des bulles plus solides.

B - Epaissement du tégument :

1) LES PAPULES



Ce sont des **lésions solides** : épaissement très localisé du tégument réalisant une petite surélévation par rapport à la peau voisine. Le palper donne une sensation un peu ferme sans que cela puisse aller jusqu'à une induration vraie.

LES PAPULES EPIDERMiques :

Dans ce cas , seul l'épiderme est épaissi. Ceci représente l'acanthose histologique. Ces papules peuvent être :

-non folliculaires comme les verrues.



-folliculaires, c'est-à-dire centrées sur un poil comme dans les kératoses pilaires, le pityriasis rubra pilaire.

ou profond Cet épaissement porte sur des surfaces très variables allant de quelques mm à plusieurs cm².

La lichénification est un phénomène commun à plusieurs dermatoses prurigineuses chroniques (eczéma notamment) et correspond à l'épaississement de la peau en nappe , elle est surtout remarquable par l'accentuation du quadrillage normal de la peau, qui devient très anormalement visible.

B/ LES PAPULES DERMO-EPIDERMiques

Il existe un épaississement de l'épiderme et du derme, telle la papule lichénienne.



C/ LES PAPULES DERMiques

Elles résultent de mécanismes pathogéniques divers:

-soit un oedème correspondant à la papule urticarienne, de consistance molle, souvent transitoire et migratrice. L'oedème peut être superficiel comme dans l'oedème de Quincke



Papule oedémateuse : le derme apparaît anormalement clair, couleur rose pâle, réductible à la pression.



-soit une infiltration cellulaire, de consistance ferme ou dure, correspondant à des cellules normales (comme dans l'eczéma) ou anormales (comme dans les épithéliomas cutanés ou les lymphomes).

Papule par infiltrat cellulaire (ici localisé au derme superficiel), plus ferme, infiltré.



Les cellules infiltrant la peau sont le plus souvent des lymphocytes (normaux ou anormaux) ou des cellules macrophagiques dérivées des monocytes = les histiocytes. D'autres cellules peuvent s'accumuler pour former une papule : polynucléaires, mastocytes, cellules cancéreuses métastatiques etc.



Ces papules sont fermes, nettement surélevées, généralement colorées, la coloration (rouge cuivre, ou encore violette) pouvant être un critère d'identification d'une maladie précise. Leur forme peut être banalement ronde et hémisphérique, parfois aplatie et polygonale ce qui peut aussi avoir une

signification sémiologique. Leur surface peut être lisse ou au contraire couverte d'une petite squame pouvant être en collerette.

Ces papules peuvent être suivant le cas, fortement prurigineuses, le grattage pouvant modifier leur aspect et entraîner un phénomène de lichénification.

Les papules par infiltrat cellulaire sont de durée variable, toujours supérieure à plusieurs semaines, parfois très longue.

-soit des infiltrats non cellulaires, correspondant à des dépôts de substances protéiques diverses.

Papule par surcharge. Une substance anormale est déposée entre les faisceaux conjonctifs, du derme moyen.

Les papules par surcharge généralement assez fermes au palper, indolores et non prurigineuses pour la plupart, ont une dimension très variable, depuis une tête d'épingle jusqu'à plusieurs cm de diamètre. Elles ont une surface généralement lisse et luisante, et grossièrement hémisphérique.

Les papules de surcharge ont généralement une durée longue.

Une substance normale ou anormale s'accumule dans la peau à la suite, soit d'une erreur de métabolisme (défaut d'une enzyme chargée de la cataboliser) soit d'altérations cellulaires dont les produits de dégradation vont ainsi se déposer.

Ces dépôts peuvent être :

a) des lipides : les papules portent le nom de xanthomes. Un caractère sémiologique très particulier et qui leur est propre, est la couleur jaune. Ils sont le plus souvent en rapport avec une hyperlipémie mais pas toujours.

b) de l'amylose, il s'agit alors de déchets de dégradation d'une globuline anormale (immunoglobuline monoclonale) mais parfois aussi de produits de dégradation de cellules épidermiques.

c) de la mucine, produit de dégradation du conjonctif.

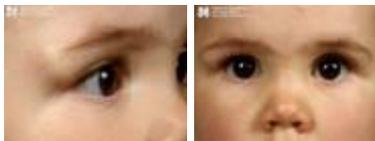
Des colorations spéciales permettent, généralement assez facilement d'identifier au microscope la substance déposée.

Toute ces papules par infiltrat dermique nécessitent une biopsie cutanée pour histologie afin de déterminer la nature de la lésion.

Les "papules" diffèrent en fonction de ce qui cause l'infiltration du derme :

Les papules de prurigo sont par contre réduites à 1 ou 2mm de diamètre, mais elles sont de structure mixte : à la fois dues à un épaissement de l'épiderme et à un œdème du derme superficiel. Leur partie centrale est généralement excoriée par le grattage car elles sont constamment prurigineuses; cette excoriation est recouverte par une croûte. Les autres papules épidermiques sont lisses ou recouvertes de squames.

2) LES NODULES



Ce sont des lésions saillantes et palpables, mais de grande taille (supérieure à 2cm), arrondies. Dermiques ou hypodermiques, elles peuvent être seulement palpable sous forme de "boules" sous un tégument qui par ailleurs paraît normal.



Leur couleur est généralement peu prononcée et peu caractéristique, mais peut être rouge vif, parfois un peu purpurique. L'épiderme qui les recouvre n'est anormal (lisse ou squameux) que s'il est très surélevé par le nodule.



Leur durée très variable (quelques jours, ou bien des mois, voire des années) leur sémiologie peu riche, font souvent leur diagnostic étiologique difficile en l'absence d'étiologie. Leur cause est proche de celle de certaines papules : généralement due à un infiltrat cellulaire bénin ou malin, ou à une surcharge : dans ces deux cas les nodules peuvent s'associer à des papules, certaines lésions étant de taille et de profondeur intermédiaire.



Certains nodules peuvent persister tels quels, ou disparaître en quelques jours en prenant les colorations de l'ecchymose, ou encore s'ulcérer à leur partie centrale, cette ulcération pouvant laisser issue à une sorte de pus semi-liquide = ce sont alors des "gommages".

Suivant les cas, les nodules sont douloureux ou parfaitement indolores.

Un important élément de leur diagnostic précis, est leur topographie (leur localisation aux membres inférieurs par exemple, ou leur répartition en file, ou leur caractère bilatéral et symétrique ou au contraire répartie au hasard).

Seule l'histologie permettra de faire un diagnostic étiologique.

A/ LES NODULES INFECTIEUX



Ce sont des abcès ou des gommages évoluant vers l'ulcération ou la fistulisation.

B/ LES NODULES REACTIONNELS



Tel l'érythème noueux qui présente une évolution ecchymotique.

C/ LES NODULES TUMORAUX



Ces lésions sont bénignes ou malignes, développées au dépens des annexes glandulaires (comme les adénomes sébacés et les pilomatrixomes), ou indépendamment des annexes (tels les pseudo-lymphomes, les sarcoïdes, les lymphomes, les mélanomes, les fibromes).



3) - Les végétations

A la différence des précédents, les lésions sont très superficielles, faisant une surélévation de plusieurs mm au moins par rapport au plan de la peau voisine. Elles sont développées dans l'épiderme dont elles représentent généralement une prolifération anormale, ou dans le derme superficiel dont elles représentent alors une exagération caricaturale des papilles.

Leur couleur est très variable, rouge ou couleur peau normale, tandis que leur surface est par définition très rugueuse, semblant formée de petits cônes parallèles, charnus ou cornés, ce qui donne dans le premier cas un aspect en framboise et dans le second l'aspect bien connu de la verrue vulgaire.

La localisation des végétations est ubiquitaire mais elles sont plus fréquentes sur les muqueuses ou autour des orifices naturels.

4) Les tumeurs cutanées peuvent en fait être représentées par toutes les sortes de lésions élémentaires, qu'il s'agisse d'ulcérations, de papules, voire de lésions érythémateuses ou érythémato-squameuses.

Ceci donne une symptomatologie très variée compte tenu de leur origine, celles-ci étant développées soit à partir de l'épiderme, soit à partir des éléments du derme (cellules dermiques, tissu fibreux, vaisseaux, nerfs, annexes...) soit à partir de cellules anormalement présentes dans la peau comme c'est le cas pour les métastases de cancers viscéraux.

Leur caractère bénin ou malin ne peut être connu du seul fait de leur évolutivité : les tumeurs stables ou au contraire très rapidement évolutives sont plutôt des tumeurs bénignes, les tumeurs malignes étant plus souvent, lentement extensives.

Le caractère douloureux est, contrairement aux idées du public, généralement significatif d'une tumeur bénigne, alors que les tumeurs malignes sont remarquablement indolores (sauf au stade terminal) mais beaucoup de tumeurs bénignes sont aussi indolores.

Il n'existe donc aucun critère sémiologique absolu qui puisse trancher entre bénignité et malignité, Dans tous les cas où le diagnostic clinique n'est pas formel, et dans le cas où une tumeur maligne est au moins possible, une vérification par biopsie (de préférence enlevant la totalité de la lésion) permettra un diagnostic histologique indispensable.

LESIONS ELEMENTAIRES SECONDAIRES

A - les lésions visibles:

Les lésions squameuses



Les lésions squameuses sont constituées de pellicules cornées qui se détachent plus ou moins facilement.



Quand les lamelles cornées sont fortement adhérentes elles correspondent au nom de kératoses ou hyperkératoses. Elles sont rencontrées au cours des ichtyoses où la peau ressemble grossièrement à celle d'un reptile. Les ichtyoses sont généralement congénitales.



La plupart des lésions squameuses se situent sur une peau rouge on parle de **lésions érythémato-squameuses**.



Les lésions érythémato-squameuses sont très fréquentes elles sont plus souvent réparties en éléments multiples de taille variable dont la topographie peut être évocatrice : par exemple au cours du psoriasis ou le cuir chevelu, les régions convexes des membres sont le siège de placard érythémato-squameux.



Suivant l'épaisseur des squames on distingue :

- **les squames pityriasiformes** : les squames fines sont comparées à de la farine. Ces squames peuvent être sèches , les lésions portent alors aussi le nom de dartres. Elles peuvent être grasses , sur le visage et le cuir chevelu au cours de la séborrhée .



- **les lésions psoriasiformes** ont des squames épaisses en lamelles atteignant plusieurs mm² ou plusieurs cm². Elles sont blanches et quand on les enlève on aperçoit un tégument rouge. Le grattage progressif des squames avec une curette montre un effritement proche de ce qu'on obtient en grattant une tache de bougie (**signe de la bougie**). Au cours du psoriasis les lésions érythématosquameuses peuvent être étendues mais elles prédominent sur des zones évocatrices (coude, genoux, ombilic, cuir chevelu).

Les croûtes :



Correspondent à la coagulation d'un exudat séreux, hémorragique ou purulent et correspondent à un stade évolutif de lésions élémentaires primitives différentes : bulle, vésicules, pustules aboutissent à la formation d'une croûte . Une croûte doit être enlevée à la fois pour bien voir la lésion, et dans tous les cas pour assurer une désinfection toujours nécessaire.



La lichénification :

Accentuation du quadrillage de la peau épaissie consécutive à des grattages répétés ; les **lichénifications** sont circonscrites aux zones prurigineuses au cours de l'eczéma ou au cours des **névrodermites**.

B - Les lésions palpables et visibles

• surélevées par rapport à la peau saine: les cicatrices

Les **cicatrices** correspondent à la présence d'un tissu de réparation au décours d'une perte de substances du derme post opératoire ou post traumatique. Les **cicatrices chéloïdiennes** sont des cicatrices pathologiques caractérisées par une tumeur dure secondaire à une prolifération de fibroblaste et de fibres collagène.

• déprimées par rapport à la peau saine :

• sans perte de substance :

atrophie : amincissement de l'épiderme qui devient fin, lisse, transparent laissant voir le derme en rose violacé; l'atrophie du derme apparaît au pincement de la peau qui se plisse anormalement. Le tissu sous-cutané devient visible (les vaisseaux sous-cutanés apparaissent). La disparition des annexes (follicules pileux glandes sudoripares) est habituelle avec l'atrophie. L'atrophie **physiologique** existe chez le vieillard , elle peut être induite par la corticothérapie



polikilodermie: état bigarré de la peau associant :
atrophie,
trouble pigmentaire (hyper et hypopigmentation)
présence de telangiectasies.

C'est un état cicatriciel rencontré au décours de maladies chroniques dermatomyosite, lupus...

sclérose : la sclérose correspond à une production de tissu conjonctif de réparation, c'est-à-dire de collagène dont les fibres sont alors particulièrement denses et parallèles donnant une sensation spéciale au palper et limitant la mobilisation de la peau sur les plans profonds. La sclérose peut être primitive, apparemment sans signes préalables. Elle peut aussi succéder à une ulcération. La sclérose peut être localisée au cours des **sclérodermies en plaque** ou **d'états sclérodermiformes** des membres inférieurs. La sclérose peut se généraliser au cours des **sclérodermies systémiques**.



- avec perte de substance :

Les pertes de substances sont des solutions de continuité au niveau épidermique, dermique ou hypodermique. En fonction de la lésion on peut distinguer :

i. les érosions : Ce sont des lésions épidermiques donc très superficielles, guérissant sans cicatrice, telles les lésions de grattage. L'érosion est une lésion superficielle définie par la disparition de l'épiderme ou au plus, du derme superficiel. Ainsi une érosion peut succéder à une bulle qui a décollé puis fait disparaître l'épiderme. Assez rapide à guérir, l'érosion ne laisse pas de cicatrice définitive.



ii. Les ulcérations. L'ulcération est plus profonde : Cette lésion est plus longue à guérir que la précédente et laisse toujours une cicatrice visible. **L'ulcération** correspond à la destruction du derme profond. L'ulcération évolue vers une cicatrice, consécutive à la destruction des téguments, par atteinte vasculaire telles les plaies ou **ulcérations artérielles** et les **ulcères veineux**, ou par atteinte cellulaire inflammatoire (**pyoderma gangrenosum**). Erosions et ulcérations siègent souvent sur les muqueuses buccales ou ano génitales. Sur les muqueuses les érosions (comme les ulcérations) sont généralement couvertes d'un enduit blanchâtre peu épais, non caractéristique.



iii. Les fissures ou rhagades sont des érosions linéaires épidermiques et dermiques superficielles consécutives à la destruction des téguments hyperkératosiques qui ont perdu leur élasticité en

particulier au niveau des paumes et des plantes. La perlèche est une fissure des commissures labiales.



iv. Les nécroses ou gangrènes

Les **gangrènes** : correspondent à une nécrose cellulaire liée à une avascularisation . On la rencontre au niveau des extrémités distales au cours de la **gangrène des orteils** chez des sujets diabétiques.

La nécrose est précédée par un érythème avec cyanose dont la particularité est d'être froid au palper et qui aboutit soit d'emblée à une coloration noire et à un aspect sec, soit d'abord à une vaste bulle ou phlyctène contenant un liquide roussâtre sous lequel apparaît le tissu noir.



L'élimination des tissus nécrotiques aboutit à une ulcération plus ou moins creuse par conséquent.

