

Sémiologie en dermatologie

Principes de l'examen dermatologique

- démarche anaalogique (impulsive) : rapide, diagnostic à l'inspection
- méthode analytique (raisonnée) : l'analyse précède le diagnostic (synthèse)

Interrogatoire

- Histoire
- Mode de début, aspect initial, mode d'extension local et évolutif
- Signes fonctionnels associés à la dermatose
- Prises lédicamenteuses
- Facteurs environnementaux
- ATCD personnels et familiaux

Examen dermatologique

- But : définir la lésion élémentaire caractéristique de la dermatose (idéalement non modifiée par traitement, grattage, surinfection)
- Si lésion polymorphe, plusieurs lésions élémentaires peuvent découler du même processus initial
- Analyse clinique → sélection entre les lésions élémentaires et secondaires (nombreuses et non spécifiques)

Inspection

- Pièce éclairée
- Examen de l'ensemble du revêtement cutané (/! régions palmo-plantaires, cheveux, ongles et muqueuses externes)
- Utilisation de loupe, lampe (type Maglite ou frontale) et abaisse langue
- Examen à la **lumière de Wood** (UV → dans le noir) : analyse des lésions dyschromiques et dermatoses infectieuses

Palpation

- Main nue ou gant (si lésion ouverte, ulcérée, infectée)
- Appréciation du relief superficiel d'une lésion (papule) ou son infiltration (nodule)

Vitropression

- Pratiquée avec verre de montre ou lame de verre → collapsus des capillaires cutanés
- Permet de différencier une macule érythémateuse (disparaît à la VP) d'un purpura (persiste à la VP)

Curetage

- Grattage doux avec curette, vaccinostyle ou spatule de bois
- Analyse de l'épaisseur et l'adhérence des lésions squameuses, détachage de croûte

Friction

- Utilisation d'une pointe de mousse, mise en évidence de
 - **un dermographisme** (papule oedémateuse provoquée par friction d'une peau saine → urticaire physique)
 - **un signe de Darier** (papule oedémateuse provoquée par friction d'une macule pigmentée → spécifique d'une mastocytose cutanée)
 - **un signe de Nikolski** (détachement bulleux provoqué par la friction douce d'une peau saine → syndrome de Lyell, pemphigus ou épidermolyses bulleuses)

L'examen dermatologique doit décrire la topographie, la distribution et l'étendue de la dermatose

- Le siège d'apparition peut être évocateur
- Phénomène de Koebner
- L'étendue permet d'évoquer des diagnostics
- Le siège des lésions, leur caractère asymétrique et leur topographie élective

L'examen dermatologique doit préciser l'éventuel regroupement de lésions élémentaires de même nature

- en plaque, linéaire, annulaire, arciforme, polycyclique, en coarce

Examen clinique général

Doit être systématiquement réalisé mais orienté selon la dermatose (ex : recherche d'adénopathies superficielles si mélanome)

Imagerie cutanée

La photographie

- argentique ou numérique
- complète la fiche d'observation, élément de surveillance (naevus, angiome), télétransmission
- prise avec accord du malade

La Dermatoscopie

- dermatoscopes à main ou vidéomicroscopes numériques en milieu spécialisé
- usage d'huile à impression (↑ transparence de la peau)
- utile pour diagnostic précoce du mélanome et diagnostic différentiel des lésions pigmentées

Prélèvement microbiologiques superficiels

→ par grattage, ponction, écouvillonnage ou frottis, recherche :

- Agent infectieux responsable d'une dermatose bactérienne, fongique, parasitaire ou virale
- Cytodiagnostic de Tzank : recherche d'un effet cytopathogène d'un virus Herpès ou de cellules acantholytiques

Biopsie cutanée

-Réalisé si incertitude sur le diagnostic sémiologique

-Analyse histologique des lésions élémentaires, prélevée après anesthésie locale

-Indispensable au diagnostic des tumeurs cutanées malignes (si possible → biopsie excérèse)

-Porte sur une lésions élémentaire récente, non modifiée par traitements locaux ou surinfections

-Fragment prélevé jusqu'au derme profond (lésions liquidiennes : prélèvement de la lésion en totalité)

2 techniques de prélèvement

- le punch : avec un emporte pièce on prélève une carotte de peau, enfants ++ car intervention rapide
- la biopsie au bistouri : plus classique, incision en ellipse puis prise d'un quartier d'orange, suture secondaire nécessaire

Fragment cutané placé

- en flacon (avec fixateur formol)
- en cryotube (dans azote liquide pour les coupes en congélation et études immunohistologiques particulières)
- en milieu spécifique (culture microbiologiques)

I- Lésions Primaires

Macules
rouges

Macules rouges

L'érythème

- Disparaît complètement à la vitropression
- Congestion des vx du derme superficiel dont la pression chasse le sang

Erythème actif : rouge vif, congestif (VD), forme la + fréquente, intense ou pâle

Erythème « symptôme » (Associé à d'autres lésions élémentaires)

- Se retrouve dans tous les états inflammatoires cutanés, associé à bcp d'affections dermatologiques
- Si autres lésions élémentaires + discriminantes (liquidiennes), l'érythème passe au 2^{ème} plan

Erythème « maladie » (Seule lésion élémentaire)

- Affection brève (8 à 10j max)
- Souvent intriqué avec lésions papuleuses → aspect d'exanthème maculo-papuleux (toxidermies)
- Desquamation (3j) post-éruption
- Localisé (brûlures)
- Régional
 - Erythème des régions découvertes (ou photodistribué) → rôle de l'exposition solaire (photodermatose)
 - Erythème localisé aux grands plus cutanés ou intertrigo
- Généralisé
 - Scarlatiniforme (scarlatine) : rouge vif, grandes plaques continues sans intervalles de peau saine
 - Morbilliforme (rougeole) : rouge étendu, éléments de petites taille (1cm) avec intervalles de peau saine
 - Roséoliforme (roséole syphilitique) : tâches roses, mal délimitées avec larges intervalles de peau saine
- 2 causes: virales (épidémie, contag, fièvre, grippe, énanthème, adénopathie) ou médicamenteuse (prurit, polymorphisme de l'éruption, éosinophilie, médicament récent)

à ne pas confondre avec

Erythrodermies : tableau d'érythème généralisé, ≠ par :

- intensité (rouge vif)
- association à d'autres signes cutanés (infiltration, visible et palpable, oedème cutané profond, desquamation, épaissement des ongles (phanères)
- durée (plusieurs semaines)
- signes généraux associés (fièvre, altération de l'état général)
- adénopathies superficielles
→ syndrome grave, étiologies : psoriasis, lymphome cutané, eczéma, toxidermies

Erythème passif (= érythrocyanose)

VD passive sans inflammation (stase sanguine) - peau froide et violacée

- cyanose (acrocyanose)
- livedo : réseau cyanotique à mailles fines et complètes (réticulaire) ou épaisses et incomplètes (racemosa)
→ le livedo actif par vascularite est infiltré par palpation et dépasse le cadre des érythèmes

Les macules vasculaires

- disparaissent partiellement à la vitropression
- dilatation vasculaire anormale par sa taille et sa permanence, excès de capillaires dermiques

Télangiectasie

- lésion aigue, rouge, non pulsatile, trait fin et tortueux en arborisation, localisée (visage ++ = couperole)
- ≠ du vx dermique normal vu par transparence d'une peau atrophique

Angiome-plan

- lésion congénitale, de taille variable, plaques rouges violacées à limites nettes, ubiquitaires, fixes et chroniques toute la vie

Le purpura

- Ne s'efface pas à la vitropression
- Extravasation de GR dans le derme, du à
 - une inflammation vasculaire avec necrose fibrinoïde (vascularite) → infiltré à la palpation
 - une anomalie des plaquettes(thrombo...) → toujours plans et non infiltrés
- Evolue en qqe jours selon la biligénèse (rouge sombre, bleu, jaune)
- Siège aux régions déclives(++) où k'hyperpression veineuse est max

Le purpura pétéchiial : petites taches d'1mm (pétéchies) multiples

Le purpura en vibices : linéaires, déclenchement des lésions par friction ou striction cutanée (ex : élastique)

Le purpura ecchymotique : plaques de taille variable

Le purpura nécrotique : atteinte profonde, oblitération vasculaire (thrombose)

-Une purpura aiguë a une grd valeur sémiologique

impose la réalisation d'une formule sanguine (thrombopénie), évoque un purpura fulminans (infection invasive à méningocoque) si association à un syndrome septique

-D'autres signes cutanés (papules, érythèmes) peuvent accompagner le purpura, mais ce dernier reste une lésion élémentaire **dominante**

	Macules pigmentaires	→ Accumulation de pigment dans l'épiderme ou dans le derme (mélanine ++) • pigmentation marron clair à noir, parfois bleu-gris (tâche mongolique du nourrisson) • accentuée par la lumière de Wood Localisées (++) Généralisées : mélanodermie → Accumulation de pigment non mélanique (rare), alors métallique (fer, argent) : pigmentation variable (ardoisée), non accentuée à la lumière de Wood
	Macules achromiques	→ diminution (hypochromique, poliose*) ou absence (achromique, canitie*) de mélanocytes de l'épiderme ou de sécrétion de mélanine → tâche claire de taille/forme variable *pour les cheveux Elles sont • primitives : acquises ou héréditaires, diffuses (albinisme) ou localisées (sclérose tubuleuse de Bourneville) • secondaires +++ (pityriasis versicolor) : apparaît sur les peaux pigmentées en cicatrisation Leucomélanodermie : association d'hypochromie et d'hyperchromie mélanique
S q u a m e s		→ Lésions visibles, spontanément ou après grattage doux, palpables → Primitives ++ et fréquemment associées à d'autres lésions élémentaires primitives, en 1er l'érythème (lésion érythémo-squameuse) → Squames constituées de pellicules ou de lamelles cornées se détachant de la peau <u>Squames pityriasiformes</u> : fines, blanches, peu adhérentes et de petites taille (pityriasis versicolor), sèches ou grasses <u>Squames scarlatiniformes</u> : grd lambx, homogènes, fines <u>Squames ichtyosiformes</u> : taille et forme régulière, type écailles de poissons, très sèches (ichtyoses héréditaires) <u>Squames psoriasiformes</u> : blanches, brillantes, épaisses, de taille variable et adhérentes, friable (signe de la bougie) (psoriasis) <u>Squames folliculaires</u> : petites, siègent à l'émergence des poils
K e r a t o s e s		→ ou hyperkératose, épaissement corné plus large qu'épais (sujet âgé ++ → kératose actinique) → lésions primitives visibles et palpables, bien sèches, circonscrites ou diffuses, taille variable, très adhérentes → dureté et rugosité à la palpation → La kératose folliculaire se localise autour de l'orifice pileaire, donne un aspect rapeux à la peau. D'origine constitutionnelle (kératose pileaire) ou plus rare (malade de Darier) → Une corne est une keratose + haute que large → Sur les muqueuses l'aspect s'appelle une Leucokératose
L é s i o n s l i q u i d i e n n e s	Vésicules	→ lésions primitives, visibles et palpables → dues à des altérations épidermiques localisées résultant de spongiose (œdème cellulaire marqué → eczéma) nécrose kératinocytaire (herpès, varicelle, zona) → lésions en relief, translucide, petite (2mm) contenant une sérosité claire, située en peau saine (varicelle) ou érythémateuse (eczéma) – hémisphériques ou coniques (acuminées) ou présentant une dépression centrale (ombiliquées) → signes fonctionnels : prurit, douleur type brûlure, → lésion fragile et transitoire qui évolue en qqe h ou j vers : • la rupture (une sérosité claire coule et laisse place à une érosion suintante puis une croûte) • la coalescence (réalise des bulles) • la pustulisation (le contenu liquidien se trouble) → Le regroupement des lésions vésiculeuses évoque une infection virale type herpès. Elles sont • disséminées sur une peau saine (varicelle) • regroupées en bouquet (herpès récurrent) • regroupées en bande suivant un méramère sensitif (zona) •
	Bulles	→ lésions primitives, visibles et palpables → en relief, de grande taille (qqe cm), contenant un liquide clair, jaunâtre ou hémorragique coulant après rupture → siège en peau saine ou érythémateuse, sur la peau, les muqueuses externes → Les signes fonctionnels variables : prurit, douleurs type brûlure → lésions fragiles et transitoires évoluent vers la rupture puis la pustulisation → Après cicatrisation on observe une macule pigmentée avec grains blancs (mérokystes épidermiques) → Le signe de Nikolski est le décollement cutané provoqué par une pression latérale du doigt en peau apparemment saine. Signe non spécifique, témoin d'une dermatose bulleuse → Mécanisme de formation des bulles <u>les bulles par clivage intra-épidermique</u> : • acantholyse (rupture des desmosomes entraînant une perte de cohésion des kératinocytes de l'épiderme) par mécanisme auto-immun • nécrose kératinocytaire par mécanisme immuno-allergique (comme le syndrome de Lyell) → très superficielles, sous cornées par acantholyse superficielle ou mécanisme toxique <u>les bulles par clivage dermo-épidermique</u> • altérations des protéines constitutives de la jc dermo-épidermique, rupture par mécanisme auto-immun ou mutation génétique → Bulles cutanées = dermatose grave, engageant le pronostic vital (gravité liée à l'étendu du décollement bulleux, l'atteinte des muqueuses externes et l'âge)

L é s i o n s i n f i l t r é e s	Pustules	→ lésions primitives visibles et palpables → dues à un afflux de PNN dans l'épiderme ou les follicules pilo-sébacés → en relief (planes rares), taille variable, blanche ou jaunâtre, contenant une sérosité louche ou du pus franc. → surviennent par transformation secondaire pustuleuse de vésicules ou de bulles. → signes fonctionnels variables → fragiles et transitoires donnant secondairement érosions et croûtes → les pustules sont • <u>folliculaires</u> (centrées par un poil, intraépidermique ou dermique, liée à une infection de follicules pilo-sébacées (les fermés se prêtent à un prélèvement bactériologique) • <u>non-folliculaires (intraépidermiques, planes, superficielles, blancs, amicrobiennes, si bulle de grande taille, le pus décante en hypopion)</u>
	Papules	→ lésions primitives visibles et palpables → élevation saillante perçue à la palpation, non indurée, solide (sans liquide), circonscrite et petite (<1cm) sinon plaque (confluence de petites ou d'emblée), forme arrondie variable
		La papule épidermique → due à une hyperplasie de l'épiderme = acanthose → sèche et kératosique, taille variable
		La papule dermique (↑ circonscrite de la masse) • <u>oedémateuse</u> : rose pâle, élastique, transitoires, migratrices, prurit, excoriation de la partie centrale par grattage puis recouvert d'une croûte → oedème de Quincke : oedème profond entraînant une déformation visible → papules de prurigo (2mm) de structure mixte : dues à un épaissement de l'épiderme et à un oedème du derme superficiel • <u>par infiltrat cellulaire</u> : inflammatoires, fermes, très en relief, rouge cuivre/violet, parfois purpuriques, fermes, non élastiques -lymphocytes, macrophages, PNN, mastocytes, cellules tumorales – Biopsie cutanée nécessaire pour déterminer leur nature → Forme variable, surface lisse ou à collerette → Prurit ++, grattage → lichénification (épaississement, peau quadrillée) → durée variable, > semaines • <u>dysmétaboliques</u> : surcharge dermique en matériel amorphe (identification par colorations histochimiques), fermes, asymptomatiques, jaunâtres ou chair, évolution chronique
		La papule folliculaire → atteinte du follicule pileux → si épidermique, acuminée, dure, centrée par l'orifice folliculaire // si dermique, arrondie → p-ê responsable d'une alopecie secondaire
		La papule miliaire → rare, en rapport avec une atteinte des glandes et canaux sudoraux. Rouge et acuminée
	Nodules	→ lésions primitives visibles et palpables ++ → dues à une atteinte inflammatoire ou tumorale du derme réticulaire/hypoderme → éruptions saillantes, arrondies, >1cm, solides, infiltrées à la palpation. Rouge vif voir purpurique → signes fonctionnels très variables selon l'étiologie (douleurs) Nodosité : petit (0,5-1cm) Nouure : grand (plusieurs cm) étalé et peu saillant, douloureux, siègent au jambes (crêtes tibiales) lors d'un érythème noueux Hyperdermite : plaque hypodermique inflammatoire, circonscrite, de grande taille Gomme : nodule évoluant vers le ramollissement et l'ulcération (origine infectieuse ++) → durée d'évolution : aigue (6-8semaines), subaigue (3 – 6mois) ou chronique (>6mois) → étiologies inflammatoires ou tumorale → pour les nodules chroniques, biopsie cutanée nécessaire au diagnostic étiologique
	Végétations	→ lésions primitives visibles et palpables → dues à une prolifération anormale, exophytique de l'épiderme, souvent associée à un infiltrat cellulaire du derme, papilles dermiques+ + → lésions superficielles, surélévation de qqe mm. Teinte variable, rouge ou chair, surface irrégulière, aspect chou-flur, framboise ou verrue vulgaire (corné, gris) → ubiquitaire mais muqueuses et orifices naturels ++

II- Lésions secondaires

Croutes	→ lésions visibles, secondaires à une coagulation d'un exsudat séreux, hémorragique ou purulent → stade évolutif de lésions élémentaires primitives différentes : bulles, vésicules, pustules → Il doit être enlevée pour voir la lésion élémentaire sous-jacente et pour désinfecter
Cicatrice	→ aboutissement d'un processus de réparation impliquant surtout le derme après une perte de substance ou une inflammation cutanée. → elle associe souvent atrophie et sclérose → les cicatrices pathologiques en relief sont des lésions secondaires visibles et palpables, caractérisées par une tumeur dure secondaire à une prolifération de fibroblastes associée à un excès de fibres de collagènes • <u>la cicatrice hypertrophique</u> : en relief, bombée, limitée régulière, couleur chair et évolution régressive en 12-18 mois • <u>la cicatrice chéloïdienne</u> : aspect similaire avec prolongements en pince de crabe et évolution extensive en plusieurs années. Plus fréquente sur peau noire et à la partie SUP du tronc
Atrophie-sclérose	Atrophie → lésions visible et palpable → liée à l'amincissement de la peau par diminution/disparition de ses parties constitutives → épidermique, dermique ou hypodermique → lésion en cupule, +/- profonde, lisse et nacré, surface ridée à la pression tangentielle ou relief par hernie sous-jacente → repérage de la dépression par palpation, éléments sous-jacents anormalement visibles <u>Une poikilodermie</u> associe atrophie, télangiectasie et pigmentation réticulée Sclérose → lésion visible et surtout palpable → épaissement et perte de l'élasticité cutanée = peau dure sans souplesse → s'observe dans les maladies inflammatoires (sclérodermie) et dans l'insuff. Veineuse des MI
Pertes de substance	→ lésions visibles et palpables Erosion (=exulcération) : perte de substance superficielle à fond plat, bien limitée guérissant sans séquelle cicatricielle. – Intéresse l'épiderme et le sommet des papilles dermiques – Fond humide, suintant, recouvert d'une croûte, de points rouges (papilles dermiques) Ulcération : perte de substance + profonde, atteint le derme voire l'hypoderme à bord +/- réguliers, guérissant avec cicatrice séquellaire – surface rouge ou jaunâtre (fond fibrineux) ou croûteuse, ou noire (nécrose) – cicatrisation par comblement de la perte de substance par des bourgeons charnus puis par épidermisation à partir des bords ou des annexes Ulcère : perte de substance chronique sans tendance à la cicatrisation. Sur les MI, origine vasculaire ++ Fissure : érosion ou ulcération linéaire, plis ou paumes et plantes ++. Une fissure superficielle des plis est une <u>raghade</u>. La <u>perlèche</u> est une fissure des commissures labiales. Mal perforant : ulcère indolore, à cause d'un déficit sensitif neurologique. Points d'appui plantaires ++ Gangrène : nécrose tissulaire noirâtre d'origine vasculaire ou infectieuse. – La nécrose est précédée d'une érythrocyanose froide à la palpation → soit d'emblée noire et sec, soit vaste bulle contenant un liquide roux sous lequel apparaît le tissu noir Escarre : nécrose secondairement ulcérée au point de pression (ischémie d'appui). Peut atteindre les muscles, tendons, os et articulations Gangrène et escarre sont associés à une perte de sensibilité, une coloration noire puis une élimination de la nécrose avec sillon d'élimination Chancres : érosion ou ulcération au point d'inoculation d'une infection Phagédénisme : extension centrifuge d'une ulcération. Souvent douloureux

III- Tumeurs cutanées

- Ne correspond pas à une lésion élémentaire.
- Solide, circonscrite, de taille et consistance variable, en relief ou incluse dans la peau
- Peut être représentée par tous les types de lésions élémentaires primitives ou secondaires, p-ê unique, multiple, maligne ou bénigne
- Elles se développent
 - soit à partir de l'épiderme
 - soit à partir des éléments constitutifs du derme
 - soit à partir de cellules anormalement présentes à la peau
- Aucun élément sémio pour préciser si maligne ou bénigne
 - Les tumeurs stables ou évolutives très rapidement sont en général bénignes,
 - Les tumeurs malignes plus lentement extensives et indolores (sauf stade terminal), certaines bénignes aussi
- Si tumeur maligne suspectée, biopsie cutanée (excérèse si possible)

IV- Lésions associées (ou intriquées)

Lésions érythémato-squameuses : macules ou papules fréquemment squameuses

→ Si ces lésions sont de type psoriasiforme, arrondies ou ovalaires et siègent aux coudes, genoux, lombes ou cuir chevelu, elles évoquent un psoriasis. Mais le psoriasis peut aussi se manifester sur le plan cutané par une érythrodermie ou des lésions pustuleuses localisées/généralisées

Vasculite cutanée : association de papules purpuriques et de nodules, livedo ou olcérations

Acné commune : polymorphe, association de papules, pustules et microkystes fermés ou ouverts (comédons) touchant les régions cutanées séborrhéiques

Carcinomes cutanés : le carcinome basocellulaire (le + fréquent) associe nodules avec ulcération secondaire, croûtes, pigmentation, aspect scléreux cicatriciel

L'eczéma : lésions érythémateuses en plaques assez bien limitées associant érythème, œdème, vésicules, excoriation, suintement, croûte, lichénification

→ Utile de savoir reconnaître les lésions élémentaires de l'eczéma pour apprécier son intensité

→ Dermite atopique (eczéma constitutionnel), des scores cliniques (SCORAD) évaluent la gravité de la maladie pré et post-traitement

Classification des lésions élémentaires dermatologiques

Lésions élémentaires primitives

- Visibles : macules
- Visibles et palpables :
 - Squameuses et kératosiques
 - Liquidiennes
 - Solides
- Surtout palpables : Nodules et Nœuds

Lésions élémentaires secondaires

- Visibles : Croûtes
- Visibles et palpables
 - Surélevées : cicatrices hypertrophiques
 - Déprimées : Sclérose, Atrophie, Erosions, Ulcérations