

Principe de l'examen dermatologique et les lésions élémentaires dermatologiques

Introduction

La peau est un organe aisément accessible à l'examen clinique et à des explorations para-cliniques simples (biopsie, prélèvements microbiologiques ou cytologiques). L'observation du revêtement cutané, des muqueuses externes et des phanères doit faire partie de tout examen clinique. Les maladies dermatologiques sont nombreuses et parfois très répandues. Elles peuvent être le témoin, voire le mode de révélation, d'affections générales. L'analyse sémiologique des signes cutanés, parfois complétée par une biopsie, peut épargner au malade d'autres explorations coûteuses ou inconfortables.

La sémiologie dermatologique a pour but de décrire des lésions élémentaires. Elles sont multiples et leur connaissance est indispensable pour le diagnostic des dermatoses. Les lésions élémentaires peuvent être :

- *primitives*, traduisant le processus lésionnel initial,
- *secondaires*, représentant l'évolution de ce processus.

Une dermatose peut être constituée d'un seul type de lésion élémentaire ou de l'association, simultanée ou non, de plusieurs d'entre elles.

Principes de l'examen dermatologique

Le diagnostic en dermatologie est établi sur les données de l'interrogatoire, de l'examen physique et des examens complémentaires. En théorie on peut opposer deux démarches cliniques différentes :

- ✓ La **démarche analogique**, rapide, qui fait le diagnostic dès l'inspection. On reconnaît une maladie cutanée particulière sur un aspect clinique caractéristique. Cette approche clinique présente des dangers: elle nécessite d'avoir déjà vu la lésion pour la reconnaître (expérience clinique ou livresque) et surtout elle comporte le risque d'erreur par défaut, lié à une insuffisance d'examen clinique.
- ✓ La **méthode analytique** est la démarche médicale classique: le recueil de données (l'analyse) précède le diagnostic (la synthèse). C'est cette méthode qui sera décrite ici.

1. INTERROGATOIRE

L'histoire récente et les modalités évolutives de la dermatose :

- ✓ le mode de début (brutal ou progressif ; localisé ou d'emblée étendu),
- ✓ l'aspect initial (celui-ci est en général imprécis : ne pas attendre du malade une description sémiologique fine et encore moins un diagnostic),
- ✓ le mode d'extension local (centrifuge, curviligne, en plaques...),
- ✓ le mode évolutif (aigu, chronique, par poussées),
- ✓ les traitements utilisés (locaux, systémiques) et leurs effets,

▶ Les signes fonctionnels associés à la dermatose :

- ✓ **Prurit** : c'est le principal symptôme cutané. Il est défini par le besoin de se gratter. Le grattage entraîne des lésions cutanées (stries linéaires, prurigo, lichenification) qu'il faut savoir reconnaître et différencier des lésions spécifiques des dermatoses prurigineuses. Certaines dermatoses sont constamment prurigineuses, et la présence ou l'absence de prurit peut donc être un élément anamnestique très intéressant pour le diagnostic.
- ✓ **Douleurs cutanées** : elles sont plus rarement associées aux lésions cutanées. Les sensations douloureuses peuvent être à type de brûlures ou de paresthésies (fourmillements, picotements).

2. EXAMEN DERMATOLOGIQUE

Le but de l'examen dermatologique est de définir la lésion élémentaire, caractéristique de la dermatose, qui correspond aux lésions les plus précoces, idéalement non modifiées par les différents traitements locaux, le grattage ou la surinfection locale. Il peut exister plusieurs lésions élémentaires associées correspondant au même processus lésionnel initial, l'association de différentes lésions élémentaires se faisant parfois de façon préférentielle (voir dernier paragraphe). L'analyse clinique d'une éruption doit aboutir à une sélection entre la (ou les) lésions élémentaire(s) et les lésions élémentaires secondaires. Ces dernières représentent l'évolution naturelle ou compliquée d'une lésion élémentaire, sont souvent plus nombreuses et sont sans spécificité.

a) L'inspection :

Le médecin doit s'imposer des conditions d'examen rigoureuses : le diagnostic d'inspection rapide n'a aucune fiabilité.

Le patient, déshabillé, doit être examiné dans un endroit correctement éclairé, de préférence en lumière du jour. L'ensemble du revêtement cutané est examiné, sans omettre les plis et les régions palmo-plantaires, ainsi que les cheveux, les ongles et les muqueuses externes (buccale, conjonctivale, nasale, ano-génitales).

Certains accessoires sont utiles pour un examen de qualité : une loupe, une lampe (frontale ou de type Maglite®) ou un abaisse-langue. L'examen à la lumière de Wood (lumière ultraviolette d'une longueur d'ondes d'environ 360 nm) est utile pour l'analyse des lésions dyschromiques (voir : macules pigmentées et dépigmentées) et dans certaines dermatoses infectieuses (exemple : teignes). Il se réalise à l'abri de la lumière, dans une pièce noire.

b) La palpation :

Elle se fait à main nue, ou protégée par un gant d'examen (en cas de lésion ouverte, ulcérée, infectieuse ou surinfectée). Elle permet d'apprécier le relief superficiel d'une lésion (exemple : papule) ou son infiltration (exemple : nodule).

c) La vitropression :

Classiquement pratiquée avec un verre de montre ou une lame de verre, elle permet de collaber les capillaires de la peau. Elle permet de différencier une simple macule érythémateuse, due à une simple congestion vasculaire (qui disparaît à la vitropression), d'un purpura (qui persiste à la vitropression) ou d'objectiver des granulomes dermiques (lésions lupoïdes).

d) Le curetage :

Le grattage doux à l'aide d'une curette, d'un vaccinostyle, voire d'une spatule en bois, permet d'analyser l'épaisseur et l'adhérence des lésions squameuses. Le curetage permet aussi de détacher les croûtes pour la recherche d'une lésion élémentaire sous-jacente.

e) 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),

Photo 1

- ✓ un signe de Darier (papule œdémateuse provoquée par la friction d'une macule pigmentée : spécifique d'une mastocytose cutanée),

Photos 2 et 3

- ✓ un signe de Nikolski (décollement bulleux provoqué par la friction tangentielle en peau saine : dans le syndrome de Lyell, le pemphigus, les épidermolyses bulleuses).



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

- ✓ Le siège d'apparition peut être évocateur : par exemple, les zones découvertes évoquent un déclenchement par le soleil au cours des photodermatoses.
- ✓ 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.
- ✓ Selon l'étendue, généralisée ou localisée, des groupes de diagnostics peuvent être préférentiellement évoqués.
- ✓ Le siège des lésions, leur caractère symétrique, leur topographie préférentielle (zones déclives, plis de flexion) sont aussi des éléments d'orientation utiles pour de nombreuses maladies cutanées.

Enfin, l'examen dermatologique doit préciser s'il existe un éventuel regroupement par la coalescence de lésions élémentaires de même nature. Celles-ci peuvent en effet s'agencer selon différents modes :

- ✓ en placard : nappe de plusieurs cm ou dizaines de cm,

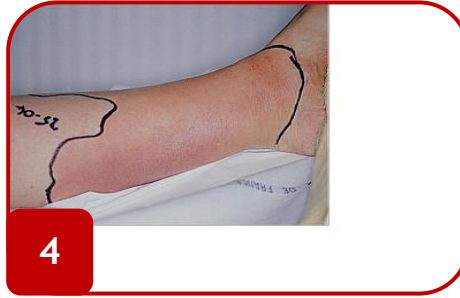
Photos 4 et 5

- ✓ linéaire : selon une ligne droite ou brisée (aspect serpigineux),

Photo 6

- ✓ annulaire : anneau complet,

Photo 7



- ✓ arciforme : anneau incomplet,

Photo 8



- ✓ polycyclique : plusieurs cercles confluents ou concentriques,

Photo 9



- ✓ en cocarde : aspect de cible.

Photo 10



3. EXAMEN CLINIQUE GENERAL :

Chez un patient porteur d'une dermatose, un examen cutané soigneux est indispensable mais rarement suffisant. Un examen général doit être réalisé comme chez tout patient. Il doit cependant être orienté préférentiellement en fonction de la dermatose en cause (recherche en priorité d'adénopathies superficielles en cas de mélanome par exemple).

Inversement, l'examen dermatologique tel que défini ci-dessus, doit faire partie intégrante de l'examen clinique de tout patient.

Examens complémentaires

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

Des explorations paracliniques s'avèrent alors indispensables, soit pour compléter l'étude morphologique à l'échelon du tissu, grâce à l'histologie, ou bien à visée étiologique, par des examens microbiologiques ou immunologiques.

Plusieurs types d'examens peuvent être réalisés directement à partir du revêtement cutané :

1. L'IMAGERIE CUTANEE :

La **photographie** des lésions est utile dans de nombreuses situations. Elle peut être argentique ou, de plus en plus souvent, numérique. Elle complète la fiche d'observation, sert d'élément de surveillance (nævus, angiome) et peut être télétransmise (images numériques). Elle est utilisée dans un but de diagnostic, de suivi thérapeutique, mais aussi pour la formation médicale. Dans tous les cas, la photographie doit être prise avec l'accord du malade. La dermatoscopie (microscopie de surface par épiluminescence, ou dermoscopie) fait appel à des dermatoscopes à main (grossissement x 10) ou, en milieu spécialisé, à des vidéomicroscopes numériques (grossissement x 100 ou plus). Ce procédé de microscopie in vivo de contact nécessite l'usage d'huile à immersion pour augmenter la transparence de l'épiderme. Cette technique simple, mais qui requiert un apprentissage long et rigoureux, est aujourd'hui surtout utile dans le diagnostic précoce du mélanome et le diagnostic différentiel des lésions pigmentées. Toutefois, ses indications se développent pour le spécialiste (dermatologue).

2. PRELEVEMENTS MICROBIOLOGIQUES SUPERFICIELS :

Ils peuvent être réalisés par grattage, ponction, écouvillonnage ou frottis à la recherche :

- ✓ d'un agent infectieux responsable d'une dermatose bactérienne, fongique (examen direct et culture de dermatophytes ou de levures), parasitaire (recherche de sarcoptes par shaving) ou virale,
- ✓ Cytodiagnostic de Tzanck pour la recherche d'un effet cytopathogène viral du groupe herpès ou de cellules acantholytiques (pemphigus).

3. BIOPSIE CUTANÉE :

Une biopsie cutanée est réalisée quand l'analyse sémiologique clinique est insuffisante à porter un diagnostic de certitude. 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. Elle est indispensable au diagnostic de certitude des tumeurs cutanées malignes (mélanome, carcinome). Dans ce cas, la tumeur est si possible enlevée en totalité pour une analyse histologique complète (on parle alors de "biopsie- exérèse").

Une biopsie à visée diagnostique doit porter sur une lésion élémentaire récente, non modifiée par des traitements locaux ou une surinfection. Le fragment prélevé doit être suffisamment épais pour permettre l'analyse de tous les composants, au minimum jusqu'au derme profond, et idéalement jusqu'à l'hypoderme. Dans le cas des lésions liquidiennes (bulles, pustules), la biopsie doit enlever une lésion en totalité (non rompue) pour une analyse histologique correcte.

Deux techniques de prélèvement sont possibles :

- ✓ Biopsie au punch (emporte-pièce comportant une lame cylindrique circulaire qui permet d'obtenir une "carotte" de peau) : cette technique est souvent pratiquée chez l'enfant car le temps d'intervention est très réduit,
- ✓ Biopsie au bistouri : plus classique, elle s'effectue selon une incision en ellipse, réalisant un prélèvement en quartier d'orange ; une suture secondaire est ici indispensable.

Le fragment cutané prélevé est ensuite :

- ✓ soit mis dans un flacon contenant un fixateur (formol) pour les techniques histologiques de routine,
- ✓ soit placé dans un cryotube qui est immédiatement plongé dans un container d'azote liquide pour les biopsies nécessitant des coupes en congélation et des études immunohistologiques particulières (ex. : dermatoses bulleuses auto-immunes),
- ✓ soit plus rarement placé dans un milieu spécifique pour la réalisation de certaines cultures microbiologiques (exemple : mise en évidence de mycobactéries).

Lésions élémentaires dermatologiques

Pour une meilleure compréhension, nous utiliserons dans ce cours une **classification purement descriptive**, sans référence au caractère primitif ou secondaire des lésions (Tableau 1). La description précise des lésions élémentaires permet de prévoir en partie les modifications histologiques sous-jacentes. Par exemple, les altérations de surface indiquent ce qui se passe dans l'épiderme et dans la couche cornée. Une surface cutanée normale signe l'absence de lésions épidermiques (en dehors des anomalies de la pigmentation), signifiant que le processus pathologique a lieu dans le derme et/ou l'hypoderme. La surface de la peau normale est lisse et son microrelief (alternance d'élevures et de dépressions particulièrement marquées sur les paumes et les plantes) est visible. La surface de la peau peut ainsi être modifiée des façons suivantes :

- ✓ elle peut être modifiée et/ou remplacée par un élément habituellement absent (squames, nécrose, croûtes,...)
- ✓ elle peut être épaissie (exemple : kératose),
- ✓ elle peut être amincie (atrophie épidermique ou dermo-épidermique),
- ✓ elle peut être absente (perte de substance : érosion, fissure, ulcération,...),

On utilise alors des adjectifs permettant de mieux décrire les lésions de la peau tels que rugueuse, suintante, squameuse, transparente ou dont le microrelief n'est plus visible. Aussi, dès lors qu'une lésion est palpable, il faut déterminer si la lésion est palpable en soi et/ou si la lésion est palpable du fait d'une altération de la surface cutanée.

1. LESIONS VISIBLES MAIS NON PALPABLES : MACULES

Les macules (ou taches) sont des lésions primitives seulement visibles. Ce sont des taches dyschromiques, sans relief, ni infiltration. Elles peuvent être colorées (macules rouges et macules pigmentées) ou décolorées (hypochromies et achromies).

1.1 Macules rouges :

Elles sont très fréquentes. Elles sont divisées en 3 catégories en fonction des caractéristiques de la vitropression :

- ✓ l'érythème : s'efface à la vitropression,
- ✓ les macules vasculaires : s'effacent en partie à la vitropression,
- ✓ le purpura : ne s'efface pas à la vitropression.

a) L'érythème :

C'est une macule rouge qui disparaît complètement à la vitropression. Elle correspond à une congestion des vaisseaux du derme superficiel. On parle d'érythème actif pour désigner un érythème rouge vif, congestif et chaud, dû à une vasodilatation artériolo-capillaire. C'est la forme la plus fréquente. L'érythème cyanotique (plus bleuté), par stase sanguine veinulo-capillaire pure (sans inflammation), est froid et violacé: on parle alors d'érythème passif (ou érythrocyanose)

Photo 11

Le livedo est une forme particulière d'érythème passif qui réalise un réseau cyanotique, soit à mailles fines et complètes (livedo réticulaire) soit à mailles grossières, éventuellement palpables, incomplètes ou arborescentes (livedo racemosa) fig 15.

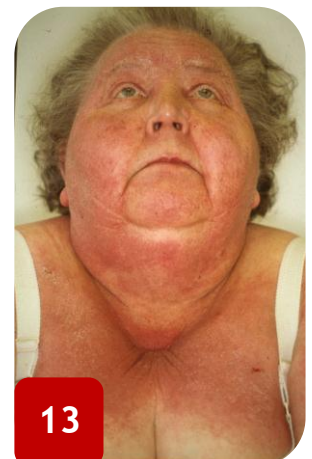
Photo 12

L'érythème est difficile à distinguer sur peau noire. En cas d'érythème très intense, la peau peut prendre une note purpurique (voir plus loin).

Selon que l'érythème est la seule lésion élémentaire ou bien qu'il s'associe à d'autres lésions élémentaires on parle d'érythème « maladie » ou d'érythème « symptôme ». L'érythème « symptôme » se retrouve dans tous les états inflammatoires cutanés et fait partie du tableau de nombreuses affections dermatologiques. Quand d'autres lésions élémentaires plus discriminantes sont associées telles que vésicules, bulles ou papules, l'érythème passe alors au second plan.

L'érythème « maladie » est le plus souvent une éruption brève, ne dépassant pas 8 à 10 jours. Il est fréquemment intriqué avec des lésions papuleuses, donnant un aspect d'exanthème (= éruption cutanée) maculo-papuleux, notamment au cours de certaines toxidermies ou infections. L'érythème « maladie » peut être localisé (exemple : brûlure du 1er degré), régional, ou encore généralisé. Parmi les érythèmes régionaux, qui se caractérisent par une durée souvent longue (plusieurs semaines), on distingue notamment :

- ✓ l'érythème des régions découvertes (visage, décolleté, dos des mains), ou érythème photodistribué, doit faire évoquer en premier lieu le rôle de l'exposition solaire (photodermatose).

Photo 13

- ✓ L'érythème localisé aux plis cutanés (inguinaux, axillaires, sous-mammaires, interfessier, inter-orteils) est appelé intertrigo.

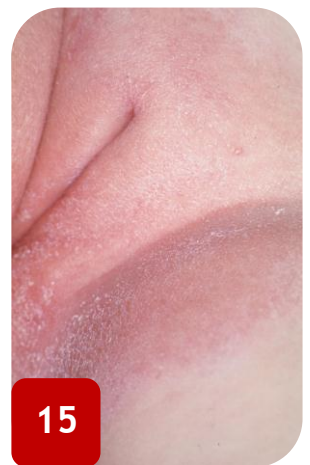
Photo 14



L'érythème « maladie » est le plus souvent généralisé. On décrit 3 variétés d'érythème généralisé selon le type de maladies auquel il fait référence :

- ✓ de type scarlatiniforme (ressemble à la scarlatine) : érythème rouge vif, en grands placards continus sans intervalles de peau saine,

Photo 15



- ✓ de type morbilliforme (ressemble à la rougeole) : érythème rouge étendu fait d'éléments de petite taille (≤ 1 cm de diamètre) avec intervalles de peau saine,

Photo 16



- ✓ de type roséoliforme (ressemble à la roséole syphilitique) : érythème fait de taches roses discrètes, mal délimitées, avec de large intervalles de peau saine.

Photo 17



Ces érythèmes généralisés relèvent de deux grandes causes :

- ✓ virales : sont en faveur le contexte épidémique, la notion de contagé, de fièvre, de syndrome grippal, l'existence d'un énanthème (= éruption affectant les muqueuses externes) ou d'adénopathies,
- ✓ médicamenteuses : sont en faveur le prurit, le polymorphisme de l'éruption, l'éosinophilie sanguine ; l'interrogatoire recherchera alors la notion de prise

médicamenteuse chronologiquement imputable.

Un érythème généralisé ne doit pas être confondu avec une **érythrodermie**, syndrome grave aux étiologies multiples (psoriasis, lymphome cutané, eczéma, toxidermie), dans lequel l'érythème atteint la quasi-totalité du revêtement cutané, et se caractérise par :

- ✓ son intensité (couleur rouge vif),
- ✓ l'association à d'autres signes cutanés (infiltration fréquente, desquamation persistante, épaissement des ongles),

Photo 18

- ✓ la durée de l'éruption, qui dépasse plusieurs semaines,
- ✓ des signes généraux associés (fièvre, altération de l'état général),
- ✓ des adénopathies superficielles.



b) Les macules vasculaires :

Elles correspondent à une dilatation vasculaire anormale par sa taille et sa permanence, et/ou à un excès du nombre des capillaires dermiques. Elles disparaissent à la vitropression. Il en existe deux grands exemples en pathologie :

- ✓ **la télangiectasie** : lésion rouge, non pulsatile, formant un trait fin, tortueux souvent en arborisation ou en réseau ; elle est le plus souvent acquise et localisée, en particulier au visage (couperose). Elle est à différencier du vaisseau dermique normal, plus bleuté, vu par transparence d'une peau atrophique,

Photo 19

- ✓ **l'angiome-plan** : lésion congénitale, de taille variable, réalisant des plaques rouge-violacé à limites nettes, de topographie ubiquitaire, remarquables par leur fixité et leur chronicité tout au long de la vie.

Photo 20



c) Le purpura :

Il correspond à une extravasation de globules rouges dans le derme, due soit à une inflammation de la paroi vasculaire avec parfois nécrose fibrinoïde (vascularite), soit à une anomalie du sang, en particulier des plaquettes (thrombopénie, thrombopathies). Le purpura par inflammation vasculaire est classiquement infiltré à la

palpation, ce qui le différencie cliniquement des purpuras d'autres mécanismes, toujours plans et non infiltrés.

Photo 21

C'est une tache rouge sombre qui ne s'efface pas à la vitropression et qui évolue en quelques jours selon les teintes de la biligénèse (passe du rouge au bleu puis au jaune). Elle siège préférentiellement aux régions déclives (extrémités inférieures, lombes) où l'hyperpression veineuse est maximale.

Différentes formes sémiologiques sont individualisées :

- ✓ Le purpura pétéchiial : petites taches d'1 ou 2 mm de diamètre (les pétéchie), souvent multiples,
- ✓ Le purpura en vibices : traînées linéaires, correspondant au déclenchement des lésions par une friction ou une striction cutanée (ex. : élastique de chaussette),
- ✓ Le purpura ecchymotique : en placard de taille variable,
- ✓ Le purpura nécrotique : témoigne d'une atteinte profonde et d'une oblitération vasculaire (thrombose) de mécanismes variables (voir dernier chapitre).

Un purpura aigu a une grande valeur sémiologique. Il impose la réalisation rapide d'une numération de formule sanguine à la recherche d'une thrombopénie, et doit faire évoquer un purpura fulminans (infection invasive à méningocoque) quand il est associé à un syndrome septique.

D'autres signes cutanés (papules, érythème) peuvent accompagner le purpura (par exemple au cours du purpura rhumatoïde de l'enfant), mais le purpura reste dans ce cas la lésion élémentaire dominante qui doit être prise en compte en premier lieu.

1.2 Macules pigmentées :

Elles sont dues à une accumulation de pigment dans l'épiderme ou dans le derme. Il s'agit le plus souvent de mélanine, pigment naturel de l'épiderme. La pigmentation est alors d'une teinte qui peut aller du marron clair au noir, avec parfois un aspect gris-bleuté (ex. : tache mongolique du nourrisson). Elle est accentuée par la lumière de Wood. Les macules pigmentaires mélaniques peuvent être :

- ✓ localisées : dans la majorité des cas (ex. : chloasma ou masque de grossesse),
- ✓ généralisées : on parle alors de mélanodermie (ex. : maladie d'Addison).

Photo 22

Il s'agit plus rarement de l'accumulation dans la peau de pigment non mélanique, le plus souvent métallique (fer dans l'hémochromatose, argent dans l'argyrie). Dans ce cas, la pigmentation est variable, souvent ardoisée, non accentuée à la lumière de Wood.



1.3 Macules achromiques :

Elles sont dues à une diminution (macule hypochromique) ou à une absence (macule achromique) de sécrétion de mélanine par les mélanocytes de l'épiderme. Elles réalisent des taches claires de taille et de forme variables. Les termes respectifs pour le cuir chevelu sont la poliose (mèche blanche) et la canitie (blanchiment des cheveux).

Les hypochromies et achromies peuvent être :

- ✓ primitives, acquises (vitiligo) ou héréditaires, diffuses (albinisme) ou localisées (ex. : sclérose tubéreuse de Bourneville), **Photos 23 et 24**
- ✓ secondaires (ex. : pityriasis versicolor).

En pratique, les achromies secondaires sont de loin les plus fréquentes et apparaissent sur les peaux pigmentées au cours de tout processus de cicatrisation. La leucomélanodermie est une association d'hypochromie et d'hyperchromie mélanique.



23



24

2. LESIONS PALPABLES A CONTENU SOLIDE

2.1 Papule :

C'est une lésion visible et palpable qui réalise une élévation saillante dont le relief superficiel est bien perçu à la palpation, non indurée, solide (ne contenant aucun liquide), bien circonscrite et de petite dimension (diamètre < 1 cm).

Elle peut être ronde, ovale, polygonale et/ou ombiliquée. Si elle est plus grande, c'est une plaque papuleuse qui peut résulter de la confluence de petites papules ou se constituer d'emblée. Selon l'aspect anatomo-clinique, on distingue différents types de papules :

a) Papule épidermique :

Elle est due à une hyperplasie de l'épiderme, correspondant histologiquement à une acanthose. Elle est souvent sèche et kératosique, de taille variable (ex. : verrue plane).

Photo 25



b) Papule dermique :

Elle est due histologiquement à une augmentation circonscrite de la masse du derme. Selon la nature des modifications du derme, on distingue les papules dermiques :

- ✓ **oedémateuses** : rouge ou rose pâle, de consistance élastique, partiellement et temporairement réductibles à la pression, transitoires, migratrices et souvent associées à un prurit local (ex. : urticaire) ; quand l'œdème est situé profondément, il peut entraîner une déformation affichante (œdème de Quincke) ; les papules de prurigo sont de petite taille (1 - 2 mm de diamètre), et de structure mixte : dues à la fois 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 ;

Photo 26



- ✓ **par infiltrat cellulaire** : inflammatoires, fermes, nettement surélevées, de couleur rouge cuivre ou encore violette, parfois purpuriques, fermes, infiltrées, non réductibles à la pression (ex. : lichen plan) ; les cellules infiltrant la peau sont le plus souvent des lymphocytes (normaux ou anormaux) ou des cellules macrophagiques (histiocytes), mais aussi des polynucléaires neutrophiles, des mastocytes, des cellules cancéreuses etc. ; leur forme peut être banalement ronde et hémisphérique, parfois aplatie et polygonale ce qui peut orienter le diagnostic ; leur surface peut être lisse, ou au contraire couverte d'une petite squame pouvant être en collerette ; ces papules peuvent être fortement prurigineuses, le grattage pouvant modifier leur aspect et entraîner un phénomène de lichenification (épaississement de la peau prenant un aspect quadrillé) ; les papules par infiltrat cellulaire sont de durée variable, toujours supérieure à plusieurs semaines, parfois très longue ;

Photo 27



- ✓ **dysmétaboliques** : par surcharge dermique d'un matériel amorphe (lipides, amylose, mucine), fermes, généralement asymptomatiques, souvent jaunâtres, orangées ou de la couleur de la peau normale, chroniques (ex. : xanthomes).

Photo 28



Une biopsie cutanée est souvent nécessaire, voire indispensable, en cas de papules par infiltrat dermique afin de déterminer leur nature exacte. Dans le cas des papules dysmétaboliques, des colorations histochimiques particulières permettent, généralement assez facilement, d'identifier au microscope la substance déposée (amylose, mucine).

c) Autres types de papules :

La papule folliculaire correspond à une atteinte du follicule pileux. Si elle est épidermique, elle est acuminée, dure, centrée par l'orifice folliculaire. En cas d'atteinte dermique, elle est plus arrondie. Elle peut entraîner une alopecie secondaire.

Photo 29

La papule miliaire est rare, en rapport avec une atteinte des glandes et canaux sudoraux. Elle est rouge et acuminée.



2.2 Nodule :

C'est une lésion visible et surtout palpable, consécutive à une infiltration de nature inflammatoire ou tumorale du derme profond et/ou de l'hypoderme. Elle réalise une élevation plus ou moins saillante, arrondie ou ovale, de grande taille (supérieure à 1 cm), solide, ferme et infiltrée à la palpation.

Sa couleur est généralement peu prononcée, parfois rouge vif, voire purpurique. La douleur locale associée est très variable selon l'étiologie. Plusieurs synonymes existent selon la taille de la lésion nodulaire :

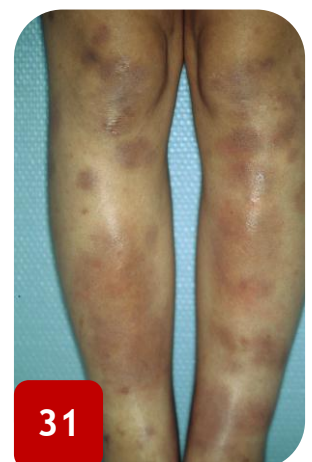
une nodosité (terme peu usité) est un nodule de petite taille (0,5 cm à 1 cm), [Photo 30](#)

- ✓ **une nouure** est un nodule de grande taille (plusieurs cm), étalé et peu saillant (surtout hypodermique), douloureux, d'évolution aiguë ; au cours de l'érythème noueux, les nouures caractéristiques siègent aux jambes, sur les crêtes tibiales,

Photo 31

- ✓ **La gomme** (terme peu utilisé) est un nodule qui évolue progressivement vers le ramollissement et l'ulcération ; il est souvent d'origine infectieuse.

La durée d'évolution clinique des nodules est très variable : aiguë (6 à 8 semaines), subaiguë (3 à 6 mois), ou chronique (supérieure à 6 mois).

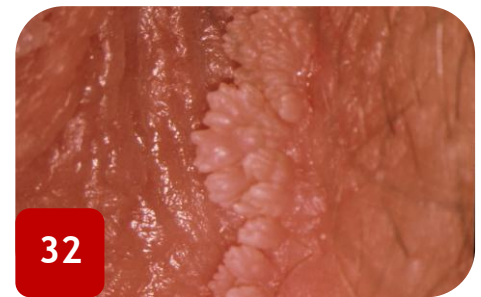


Les étiologies des nodules sont inflammatoires (ex.: sarcoïdose, érythème noueux) ou tumorale (ex. : lymphome cutané). Pour la grande majorité des nodules d'évolution chronique, une biopsie cutanée est nécessaire au diagnostic étiologique.

2.3 Végétation :

C'est une lésion visible et palpable due à une prolifération anormale, exophytique, de l'épiderme, souvent associée à un infiltrat cellulaire du derme, notamment des papilles dermiques.

Elle réalise une excroissance, faisant une surélévation de plusieurs mm au moins par rapport au plan de la peau. Sa teinte est très variable, rouge, grisâtre ou de la couleur de la peau normale. Sa surface est très irrégulière, mamelonnée, donnant parfois un aspect en chou-fleur : elle est généralement d'aspect charnu et fragile (aspect en framboise) ou plus rarement kératosique et grisâtre (simulant une verrue vulgaire). La localisation des végétations est ubiquitaire, mais elles sont plus fréquentes sur les muqueuses ou autour des orifices naturels. La principale cause est virale (infection à papillomavirus dans les végétations vénériennes). [Photo 32](#)



3. LESIONS PALPABLES A CONTENU LIQUIDIEN

3.1 Vésicules :

Ce sont des lésions visibles et palpables, dues à des altérations focales de l'épiderme résultant de 2 mécanismes principaux :

- ✓ soit d'une spongiose : œdème inter-cellulaire marqué (ex. : eczéma)
- ✓ soit d'une nécrose kératinocytaire (ex. : herpès, varicelle, zona)

Ce sont des lésions en relief, translucides, de petite taille (1 à 2 mm de diamètre), contenant une sérosité claire, situées en peau saine (exemple : varicelle) ou en peau érythémateuse (exemple : eczéma). [Photo 32](#)

Elles peuvent être hémisphériques, coniques (acuminées), ou présenter une dépression centrale (ombiliquées). Des signes fonctionnels locaux sont souvent présents : prurit, douleur (brûlure). La vésicule est une lésion fragile et transitoire, qui évolue en quelques heures à quelques jours vers :



- ✓ la rupture : laissant s'écouler une sérosité claire et laissant place à une érosion suintante, puis à une croûte,
- ✓ la coalescence : réalisant des bulles (voir plus loin),
- ✓ la pustulisation : si le contenu liquidien se trouble (pus).

Le regroupement des lésions vésiculeuses est très évocateur d'une infection virale à virus herpès. Dans ce cas, elles peuvent être :

- ✓ disséminées sur une peau saine (varicelle),
- ✓ regroupées en bouquet (herpès récurrent),
- ✓ regroupées en bande suivant un métamère sensitif (zona).

3.2 Bulles :

Ce sont des lésions visibles et palpables, en relief, de grande taille (5 mm à plusieurs cm) contenant un liquide qui peut être clair, jaunâtre, ou hémorragique, qui s'écoule après rupture.

Elles peuvent siéger en peau saine ou au contraire sur une peau érythémateuse. Elles peuvent se localiser sur la peau, mais aussi sur les muqueuses externes (buccale, conjonctivale, nasale, ano-génitales). Les signes fonctionnels locaux sont variables (prurit, douleurs à type de brûlure ou de cuisson). Comme les vésicules, ce sont des lésions fragiles et transitoires qui évoluent vers :

- ✓ la rupture : laissant s'écouler le contenu liquidien et laissant place à une érosion suintante entourée d'une collerette d'épiderme, puis à une croûte,
- ✓ la pustulisation : le contenu liquidien se trouble (pus).

Après cicatrisation, on peut observer une macule pigmentée avec un semis de petits grains blancs (microkystes épidermiques ou «grains de milium »).

Le signe de Nikolski est le décollement cutané provoqué par une pression tangentielle du doigt en peau apparemment saine. Ce signe, non spécifique, est le témoin d'une dermatose bulleuse grave (ex. : nécrolyse épidermique toxique ou syndrome de Lyell).

Le mécanisme de formation des bulles cutanées est variable. On distingue :

- ✓ les bulles par clivage intra-épidermique : elles sont dues à une acantholyse (rupture des desmosomes entraînant une perte de cohésion des kératinocytes) par mécanisme auto-immun (comme dans le pemphigus) ou à une nécrose kératinocytaire par mécanisme immuno-allergique (comme dans le syndrome de Lyell) ; elles peuvent être très superficielles, sous-cornées, par acantholyse auto-immune superficielle (exemple : pemphigus superficiel) ou par mécanisme toxinique (ex. : épidermolyse staphylococcique), [Photo 34](#)



- ✓ les bulles par clivage dermo-épidermique : elles sont dues à des altérations des protéines constitutives de la jonction dermo-épidermique aboutissant à la rupture de celle-ci, par mécanisme auto-immun (ex. : pemphigoïde bulleuse) ou par mutation génétique (épidermolyses bulleuses héréditaires). **Photo 35**

Le mécanisme de formation des bulles des muqueuses externes est similaire à celui des bulles cutanées (ex. : clivage intra-épithélial des bulles muqueuses du pemphigus vulgaire). D'une manière générale, les bulles témoignent d'une dermatose grave, engageant parfois le pronostic vital. La gravité est liée à l'étendue des décollements bulleux, à l'atteinte des muqueuses externes et au terrain (âge).



3.3 Pustules :

Ce sont des lésions visibles et palpables dues à un afflux de polynucléaires neutrophiles dans l'épiderme ou les follicules pilo-sébacés. Elles ne sont pas toujours infectieuses.

Elles réalisent des lésions en relief ou plus rarement planes, de taille variable (souvent inférieures à 1 cm), de couleur blanche ou jaunâtre, contenant une sérosité louche ou du pus franc.

Elles peuvent survenir par transformation secondaire pustuleuse de vésicules ou de bulles. Les signes fonctionnels sont variables. Elles sont fragiles et transitoires, donnant secondairement des érosions et des croûtes.

Les pustules peuvent être :

- ✓ **soit folliculaires** : acuminées, centrées par un poil, de siège intra-épidermique ou dermique, le plus souvent liée à une infection d'un ou plusieurs follicules pilo-sébacés (ex. : folliculite bactérienne) ; les pustules fermées se prêtent bien au prélèvement bactériologique, qui sera réalisé avec une pipette stérile ;
- ✓ **soit non folliculaires** : intra-épidermiques, assez planes, superficielles, d'un blanc laiteux, coalescentes et le plus souvent amicrobiennes (ex. : psoriasis pustuleux) ; leur siège est intra-épidermique ; en cas de bulle de grande taille, le pus peut parfois décanter pour former un hypopion. **Fig 31**

4. ALTERATIONS DE LA SURFACE CUTANEE

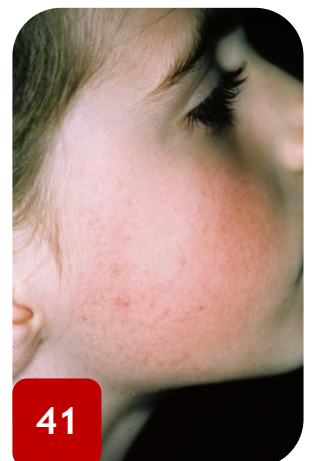
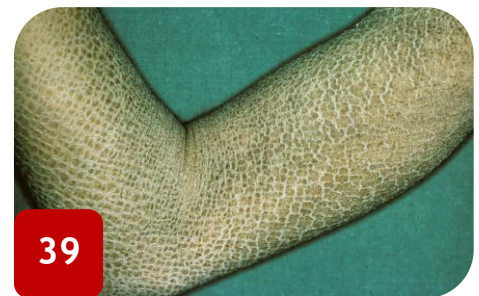
4.1 Squames :

Ce sont des lésions visibles, spontanément ou après grattage doux à la curette, et palpables. Elles sont le plus souvent primitives et fréquemment associées à d'autres lésions élémentaires, en premier lieu à un érythème, réalisant alors des lésions érythémato-squameuses (voir dernier chapitre).

Les squames sont constituées de lamelles cornées qui se détachent plus ou moins facilement de la peau.

Suivant l'épaisseur et l'aspect des squames, on distingue (en fonction du type de maladies auxquelles elles font référence) :

- ✓ **les squames pityriasiformes** : fines, blanchâtres, farineuses, peu adhérentes et de petite taille (ex. : pityriasis versicolor) ; elles peuvent être sèches (« dartses »), ou au contraire grasses (sur le visage ou le cuir chevelu) ; [Photo 37](#)
- ✓ **les squames scarlatiniformes** : en grands lambeaux, homogènes et peu épaisses (ex. : scarlatine, certaines toxidermies médicamenteuses) ; [Photo 38](#)
- ✓ **les squames ichthyosiformes** : de taille et de forme régulières, polygonales, ressemblant à des écailles de poissons, souvent très sèches (ex. : ichtyoses) ; [Photo 39](#)
- ✓ **les squames psoriasiformes** : blanches, brillantes, épaisses, de taille variable (souvent larges) et adhérentes ; le grattage à la curette montre un effritement en lamelles (signe de la bougie) ; elles sont caractéristiques du psoriasis ; [Photo 40](#)
- ✓ **les squames folliculaires** : de petite taille, en semis, siégeant à l'émergence d'un poil (ex. : pityriasis rubra pilaire). [Photo 41](#)



4.2 Kératose :

La kératose (qui correspond à une hyperkératose histologique) est un épaissement corné compact.

Sur les muqueuses, l'aspect correspondant s'appelle une leucokératose. C'est une lésion visible et palpable qui réalise des lésions sèches, bien circonscrites ou au contraire diffuses, de taille variable, très adhérentes. La palpation donne une impression de dureté et de rugosité très particulière. Lorsqu'elle est située sur une base érythémateuse, elle constitue le principal élément lésionnel d'une kératose actinique qui est une lésion pré-cancéreuse fréquente du sujet âgé. Une corne cutanée est une kératose plus haute que large. [Photo](#)



[42](#)

La kératose folliculaire se localise autour de l'orifice pileux, donne un aspect râpeux à la peau et peut être d'origine constitutionnelle (kératose pileuse) ou due à une maladie rare (ex. : maladie de Darier)

L'hyperkératose peut avoir une topographie régionale et touche alors fréquemment les paumes et les plantes (kératodermie palmo-plantaire).

4.3 Croûte :

C'est une lésion visible, secondaire à la coagulation d'un exsudat séreux, hémorragique ou purulent, qui correspond à un stade évolutif de différentes lésions élémentaires : bulles, vésicules, pustules aboutissent à la formation d'une croûte. Une croûte doit être enlevée pour bien voir la lésion élémentaire sous-jacente.

[Photo 43](#)



43

5. MODIFICATION DE LA CONSISTANCE CUTANEE

5.1 Atrophie :

C'est une lésion visible et palpable.

Elle est liée à l'amincissement de la peau par diminution ou disparition de tout ou partie de ses parties constitutives.

Elle peut être épidermique, dermique, hypodermique, ou toucher plusieurs compartiments cutanés. Elle réalise une lésion en cupule déprimée plus ou moins profonde, lisse et nacrée. La surface se ride à la pression tangentielle. Elle peut au contraire apparaître en relief par hernie des éléments sous-jacents. L'appréciation se fait à la palpation qui repère la dépression. Les éléments anatomiques sous-jacents (capillaires, veines, relief osseux) deviennent anormalement visibles. Une poikilodermie est un ensemble lésionnel qui associe atrophie, télangiectasies et pigmentation réticulée.

5.2 Sclérose :

La sclérose est une lésion visible et surtout palpable, caractérisée par un épaissement et une perte de l'élasticité cutanée, due à la condensation des éléments constitutifs du derme.

La peau est dure et a perdu sa souplesse, se mobilisant mal sur les plans profonds. Elle s'observe dans des maladies inflammatoires (sclérodermie) et dans l'insuffisance veineuse des membres inférieurs (dermo-hypodermite sclérodermiforme). [Photo 44](#)



44

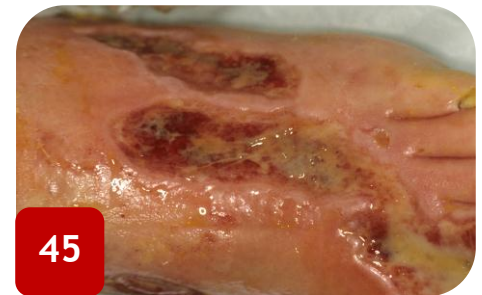
6. PERTES DE SUBSTANCE CUTANÉES

Les pertes de substance cutanées sont visibles et généralement palpables. Selon leur profondeur, on distingue :

- ✓ **L'érosion** : **perte de substance superficielle à fond plat, bien limitée, guérissant sans séquelle cicatricielle.** Elle intéresse l'épiderme et le sommet des papilles dermiques ; le fond est humide et suintant, ou recouvert d'une croûte secondaire ; de petits points rouges (0,1 à 0,2 mm) correspondent aux papilles dermiques.
- ✓ **L'ulcération** : **perte de substance plus profonde, atteignant le derme, voire l'hypoderme, à bords plus ou moins réguliers, guérissant en laissant une cicatrice séquellaire** ; sa surface peut être rouge, ou jaunâtre (fond fibrineux), ou croûteuse, ou noire (nécrose).

L'**ulcère** est une perte de substance chronique sans tendance à la cicatrisation. Sur les membres inférieurs, il est souvent d'origine vasculaire, mais ne doit pas faire négliger une lésion néoplasique.

Photo 45



La **fissure** est une érosion ou une ulcération linéaire, siégeant préférentiellement dans un pli, ou aux paumes et aux plantes. Une fissure superficielle des plis est une rhagade. La **perlèche** est une fissure des commissures labiales.

Le **mal perforant** est un ulcère indolore, en raison d'un déficit sensitif neurologique. Il prédomine aux points d'appui plantaires.

La **gangrène** est une nécrose tissulaire noirâtre d'origine vasculaire ou infectieuse. Elle s'ulcère secondairement.

La **nécrose** est précédée par un érythème avec cyanose dont la particularité est d'être froid à la palpation : il aboutit soit d'emblée à une coloration noire et à un aspect momifié (nécrose sèche), soit à une vaste bulle contenant un liquide roussâtre ou verdâtre sous lequel apparaît le tissu noir (nécrose humide). L'élimination des tissus nécrotiques aboutit ensuite à une ulcération.

L'**escarre** est une nécrose secondairement ulcérée en regard d'un point de pression (ischémie d'appui).

Elle peut dépasser l'épaisseur de la peau et atteindre les muscles, les tendons, les os et articulations. La gangrène et l'escarre sont associées à une perte de la sensibilité, une coloration noire, puis une élimination de la nécrose avec un sillon d'élimination.

Le chancre est une érosion ou une ulcération au point d'inoculation d'une infection contagieuse.

La cicatrisation se fait par le comblement de la perte de substance par des bourgeons charnus, puis par épidermisation à partir des bords ou des annexes.

La cicatrice correspond à l'aboutissement d'un processus de réparation impliquant surtout le derme après une perte de substance, mais aussi après une inflammation cutanée.

Elle associe souvent atrophie et sclérose (voir plus haut). 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 collagènes. On en distingue deux types :

- ✓ la cicatrice hypertrophique : en relief, bombée, bien limitée, régulière, de couleur de peau normale, stable ou spontanément régressive en 12 à 18 mois,
- ✓ La cicatrice chéloïdienne : d'aspect similaire mais avec des prolongements en pince de crabe et surtout une évolution extensive sur plusieurs années ; elle est plus fréquente sur peau noire, et dans certains sièges (partie supérieure du tronc). [Photo 46](#)



46

7. TUMEUR CUTANÉE

Une tumeur cutanée ne correspond pas à une lésion élémentaire particulière. Elle est généralement solide, circonscrite, de taille et de consistance variable, en relief ou incluse dans la peau. Elle peut en fait être représentée par toutes les sortes de lésions élémentaires primitives (papules, nodules, lésions érythémateuses ou érythémato-squameuses) ou secondaires (ulcérations, croûtes, cicatrices). Elle peut être unique ou multiple, bénigne ou maligne. [Photo 47](#)

Les tumeurs cutanées peuvent être développées :

- ✓ soit à partir de l'épiderme (exemples : carcinomes, mélanome),
- ✓ soit à partir des éléments constitutifs du derme : fibroblastes, vaisseaux, nerfs, annexes... (exemples : sarcomes, carcinomes annexiels),
- ✓ soit à partir de cellules anormalement présentes dans la peau (exemples : métastases, lymphomes).



47

Il n'existe en fait aucun critère sémiologique simple qui puisse trancher entre bénignité et malignité. Sur le plan évolutif, 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 reçues, généralement évocateur d'une tumeur bénigne, alors que les tumeurs malignes sont remarquablement indolores (sauf au stade terminal). Néanmoins, de nombreuses tumeurs bénignes sont indolores.

Dans tous les cas où le diagnostic clinique de tumeur maligne est suspecté, une biopsie cutanée enlevant de préférence la totalité de la lésion permettra un diagnostic histologique de certitude et un traitement adapté, qui sera le plus souvent chirurgical.

8. LESIONS ASSOCIEES (OU INTRIQUEES)

De nombreuses dermatoses sont constituées d'une association de lésions élémentaires primitives ou secondaires caractéristiques de ces affections.

- ✓ Les macules ou les papules sont fréquemment squameuses, réalisant alors des **lésions érythémato-squameuses** ; lorsque celles-ci sont psoriasiformes, arrondies ou ovalaires et siègent sur certaines régions de prédilection (« zones-bastion » du **psoriasis** : coudes, genoux, lombes, cuir chevelu), elles évoquent en premier lieu un psoriasis ; mais le psoriasis peut aussi se manifester sur le plan cutané par une érythrodermie ou des lésions pustuleuses ;
- ✓ Des papules purpuriques peuvent s'associer à des nodules, un livedo ou des ulcérations dans le cadre d'une **vasculite cutanée** ;
- ✓ L'**acné** commune est polymorphe et associe des papules, des pustules et des microkystes fermés ou ouverts (comédons) touchant les régions cutanées séborrhéiques (visage, région thoracique) ;
- ✓ Le plus fréquent des **carcinomes cutanés**, le carcinome basocellulaire, associe souvent plusieurs lésions élémentaires dans la même tumeur : nodules avec ulcération secondaire, croûtes, pigmentation, aspect scléreux cicatriciel ;
- ✓ L'**eczéma** se présente sous forme de lésions érythémateuses en placards assez bien limités qui associent des lésions élémentaires différentes qui se superposent au cours de la poussée de la maladie : érythème, œdème, vésicules, excoriation, suintement, croûte, lichénification. Il est utile de savoir reconnaître les lésions élémentaires de l'eczéma pour apprécier l'intensité de celui-ci ; au cours de la dermatite atopique (eczéma constitutionnel), des scores cliniques sont utilisés pour évaluer la gravité de la maladie avant et après traitement.

Tableau 1 : Classification descriptive des lésions élémentaires dermatologiques

- I. **Lésions visibles, mais non palpables : les macules**
- II. **Lésions palpables**
 - Lésions à contenu solide
 - papule
 - nodule
 - végétation
 - Lésions à contenu liquidien
 - vésicule
 - bulle
 - pustule
- III. **Altération de la surface cutanée**
 - squame
 - kératose
 - croûte
- IV. **Modification de la consistance de la peau**
 - atrophie
 - sclérose
- V. **Pertes de substance cutanées**
 - érosion, fissure, ulcération
 - gangrène, escarre
- VI. **Lésions intriquées : toute association de 2 ou plusieurs des signes précédents**