

Nonmelanoma feature	Suggested diagnosis
Scales	Actinic keratosis
White and wide follicular openings	Actinic keratosis
Erythema	Actinic keratosis
Reticular or parallel brown lines	Solar lentigo/seborrheic keratosis
Sharply demarcated border	Solar lentigo/seborrheic keratosis
Milia-like cysts/comedo-like openings	Solar lentigo/seborrheic keratosis

* The presence of 1 (or more) of these structures as a predominant feature in the lesion is highly suggestive of actinic keratosis or seborrheic keratosis, as shown. If none of these criteria can be seen as a predominant feature, then the lesion is assessed as suspicious for lentigo maligna.

Tableau 1:

Six patterns caractéristiques excluant le mélanome de Dubreuilh selon l'*inverse approach*.

Lallas A, Lallas K, Tschandl P, et al. J Am Acad Dermatol 2021;84(2):381-9.

Si l'augmentation se poursuit, la dose doit être réduite de moitié. Chez un fervent sportif, chez qui l'instauration d'isotrétinoïne est envisagée, il est préférable de commencer à une dose faible et de contrôler régulièrement le taux de CK.

Enfin, durant la pandémie de Covid-19, de nombreux cas d'acné liée au masque, ou « masqué », ont été observés. Il s'agit d'une forme d'acné mécanique, due à l'adhérence et au frottement continus entre la peau et le textile. Le masqué peut être un nouveau diagnostic ou une aggravation d'éruptions acnéiformes préexistantes. Le port de longue durée du masque crée un micro-climat chaud et humide qui agit sur la production de sébum et le microbiome de la peau. D'un point de vue clinique, on observe des papules, des pustules et/ou des comédons, typiquement localisés dans la zone du masque (zone O péri-orale). La définition du masqué suppose en outre une relation temporelle avec l'utilisation du masque, dans laquelle l'acné s'intensifie en cas de port de longue durée du masque (plus de 4 à 6 heures par jour) et s'améliore lorsque le masque n'est pas porté. Il est recommandé aux patients de soigner leur peau à l'aide de nettoyants doux contenant des ingrédients antibactériens et d'éviter les produits sans rinçage qui contiennent de l'alcool, de l'acide salicylique, des hydroxyacides et des rétinoïdes. Lors du traitement, des associations fixes de rétinoïdes et d'antibiotiques sous forme d'hydrogel seront de préférence utilisées, ainsi que des crèmes apaisantes contenant de la niacinamide, car celle-ci a un effet sébostatique et anti-inflammatoire. En outre, des comprimés oraux de zinc (1 fois/jour, en dehors des repas) peuvent avoir un effet bénéfique, car ils créent un équilibre microbien et inhibent la production de sébum. Soulignons que la dose nécessaire est dès lors beaucoup plus faible que lorsque les comprimés de zinc sont utilisés pour traiter l'hydradénite suppurée.

Dermoscopie: take-home messages

Alexia Degraeuwe (Clin. Univ. St-Luc, UCLouvain), d'après l'exposé de Laudine Janssen (KU Leuven), Lieve Brochez (UGent), Evelyne Harkemanne (UC Louvain) et Mariano Suppa (ULB)

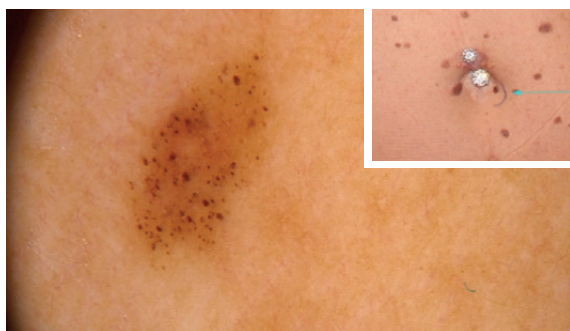
Le *workshop* portait sur les messages-clés et d'actualité en dermoscopie et était présenté par 4 orateurs de renom.

La première oratrice était le docteur Laudine Janssen. Sa présentation portait sur la dermoscopie des lésions pigmentées du visage. Poser un diagnostic positif de lentigo malin du visage est parfois difficile, en particulier pour les formes débutantes. Le Pr Aimilios Lallas décrivait en 2021 l'*inverse approach*, qui consiste à repérer en dermoscopie 6 patrons dermoscopiques permettant d'exclure le lentigo malin (**Tableau 1**). Lorsqu'un de ces patterns est prédominant au sein de la lésion, nous pouvons rassurer le patient. En l'absence de ces 6 patterns, la lésion doit être biopsiée. Rappel important: il faut biopsier dans les zones les plus suspectes en dermoscopie et ne pas hésiter à réaliser plusieurs prélèvements.

Le professeur Lieve Brochez nous a ensuite rappelé l'importance de reconnaître les structures rouges et blanches devant nous faire évoquer un mélanome et imposant l'exérèse de la lésion, en particulier pour les mélanomes peu ou pas pigmentés. Le premier critère est la présence de la couleur *milky red* au sein de la lésion. La seconde caractéristique est la présence de réseau inversé ou de *crystalline structures*. Enfin, le troisième critère faisant évoquer un mélanome est la présence de vaisseaux linéaires irréguliers ou de vaisseaux en points distribués de manière irrégulière. Pour les voir, il faut utiliser son dermoscope en lumière polarisée et en appuyant avec une pression modérée sur la peau.

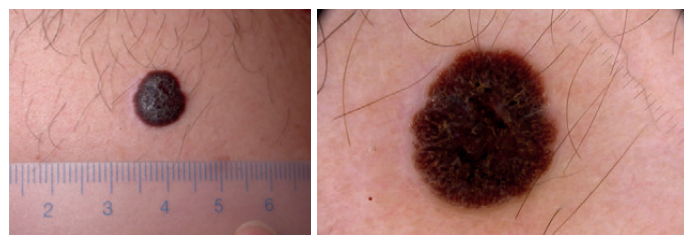


Alexia Degraeuwe



Figures 1 et 2:

Femme de 43 ans avec antécédent personnel de mélanome présentant une lésion papuleuse avec des globules irréguliers en taille et en distribution, totalement différente des autres naevi en dermoscopie (outil n°1: «villain petit canard» en dermoscopie).



Figures 3 et 4:

Homme de 56 ans avec antécédent personnel de mélanome présentant une grande lésion nodulaire de croissance rapide, repérée par le patient (outil n°4: autosurveillance).

Ensuite, le docteur Evelyne Harkemanne nous a présenté 4 cas cliniques pour souligner l'importance d'un suivi adapté pour les patients à haut risque de mélanome, à savoir:

1. un examen dermoscopique régulier attentif, à la recherche des lésions suspectes de mélanome et des «vilains petits canards»;
2. la prise de clichés du corps entier, permettant de repérer les nouvelles lésions mélanocytaires d'apparition récente;
3. un suivi par dermoscopie digitalisée séquentielle des naevi atypiques afin de repérer des changements dermoscopiques dynamiques;
4. l'éducation des patients à l'auto-examen afin de détecter les lésions nouvelles, se modifiant rapidement ou différentes des autres.

Ces 4 méthodes augmentent la détection précoce des mélanomes, comme illustré par ces

2 cas cliniques (Figures 1-4).

Enfin, le professeur Mariano Suppa nous a sensibilisés à la difficulté de reconnaître les critères dermoscopiques des carcinomes basocellulaires, en particulier s'ils sont très pigmentés ou en l'absence des critères classiques. Il faut alors rechercher les signes cachés comme la présence de petites érosions, les structures blanches brillantes, les globules gris-bleu, les points bruns à noirs et les vaisseaux arborescents. Il est toujours intéressant de prendre des photos cliniques et dermoscopiques avant biopsie ou exérèse, puis de les revoir après réception des résultats anatomopathologiques. Un outil très prometteur dans les cas plus compliqués est l'imagerie cutanée non invasive comme la *Line-field Confocal Optical Coherence Tomography* (15), pour poser le diagnostic de carcinome basocellulaire et/ou identifier le sous-type anatomoclinique. ■

Références

1. Lambert JLW, Segaert S, Ghislain PD, et al. Practical recommendations for systemic treatment in psoriasis according to age, pregnancy, metabolic syndrome, mental health, psoriasis subtype and treatment history (BETA-PSO: Belgian Evidence-based Treatment Advice in Psoriasis; part 1). *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2020;34(8):1654.
2. Lambert JLW, Segaert S, Ghislain PD, et al. Practical recommendations for systemic treatment in psoriasis in case of coexisting inflammatory, neurologic, infectious or malignant disorders (BETA-PSO: Belgian Evidence-based Treatment Advice in Psoriasis; part 2). *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2020;34(9):1914-23.
3. Mattei PL, Corey KC, Kimball AB. Psoriasis Area Severity Index (PASI) and the Dermatology Life Quality Index (DLQI): the correlation between disease severity and psychological burden in patients treated with biological therapies. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2014;28(3):333-7.
4. Hesselvig JH, Egeberg A, Loft ND, Zachariae C, Kofoed K, Skov L. Correlation between dermatology life quality index and psoriasis area and severity index in patients with psoriasis treated with ustekinumab. *Acta Dermato-Venereologica* 2018;98(3):335-9.
5. Hillary T, Lambert J. The use of metrics in daily practice and the perception of psoriasis-associated comorbidities: discrepancies between research and real-world. *Psoriasis: Targets and Therapy* 2021;11:169-75.
6. Hillary T, van Laethem A, Castelijns F, et al. 067 BELCOMID: BELgian Cohort study of COVID-19 in Immune Mediated Inflammatory Diseases. *Journal of Investigative Dermatology* 2021;141(10):S160.
7. Geldof J, BELCOMID, Truysen M, et al. P440 First results of the BELCOMID study: BELgian Cohort study of COVID-19 in Immune Mediated Inflammatory Diseases (IMID). *Journal of Crohn's and Colitis* 2021;15(Supplement_1):S440-S440.
8. Geldof J, Pharma SBB studygroup received research grants from following pharmaceutical companies: ARJPELABML, Sabino J, et al. P529 Evolution of COVID-19 serology in a real-life population of IMID patients. Results of the BELCOMID study: BELgian Cohort study of COVID-19 in Immune Mediated Inflammatory Diseases (IMID). *Journal of Crohn's and Colitis*. 2022;16(Supplement_1):i482-i483.
9. Mahil SK, Yates M, Langan SM, et al. Risk-mitigating behaviours in people with inflammatory skin and joint disease during the COVID-19 pandemic differ by treatment type: a cross-sectional patient survey. *British Journal of Dermatology* 2021;185(1):80-90.
10. Zahedi Niaki O, Anadkat MJ, Chen ST, et al. Navigating immunosuppression in a pandemic: A guide for the dermatologist from the COVID Task Force of the Medical Dermatology Society and Society of Dermatology Hospitalists. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2020;83(4):1150-9.
11. Speckaert R, Lambert J, Puig L, et al. Vaccinations in patients receiving systemic drugs for skin disorders: what can we learn for SARS-Cov-2 vaccination strategies? *Drugs in R and D* 2021;21(3):341-50.
12. Mahil SK, Dand N, Mason KJ, et al. Factors associated with adverse COVID-19 outcomes in patients with psoriasis—insights from a global registry-based study. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2021;147(1):60-71.
13. Mahil SK, Yates M, Yiu ZZN, et al. Describing the burden of the COVID-19 pandemic in people with psoriasis: findings from a global cross-sectional study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2021;35(10):e636-e640.
14. Lallas A, Lallas K, Tschandi P, et al. The dermoscopic inverse approach significantly improves the accuracy of human readers for lentigo maligna diagnosis. *J Am Acad Dermatol* 2021;84(2):381-9.
15. Suppa M, Fontaine M, Dejonckheere G, et al. Line-field confocal optical coherence tomography of basal cell carcinoma: a descriptive study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021;35(5):1099-110.