

Un petit cratère de la joue

Pauline Richez¹,
Liliane Marot²,
Isabelle Tromme³

1. Service de Dermatologie, CHR Mons-Hainaut

2. Service de Dermatologie,
Cliniques universitaires St-Luc, UCL, Bruxelles

3. Clinique du Mélanome,
Cliniques universitaires St-Luc,
UCL, Bruxelles



Histoire clinique

Une patiente âgée de 45 ans se présente en consultation pour la prise en charge de cette lésion de la joue gauche. D'après l'anamnèse, la lésion, apparue 2 ans auparavant, grandit progressivement de façon asymptomatique.

L'examen clinique met en évidence une lésion nodulaire indurée de couleur chair, présentant un aspect déprimé central (**Figure 1**).

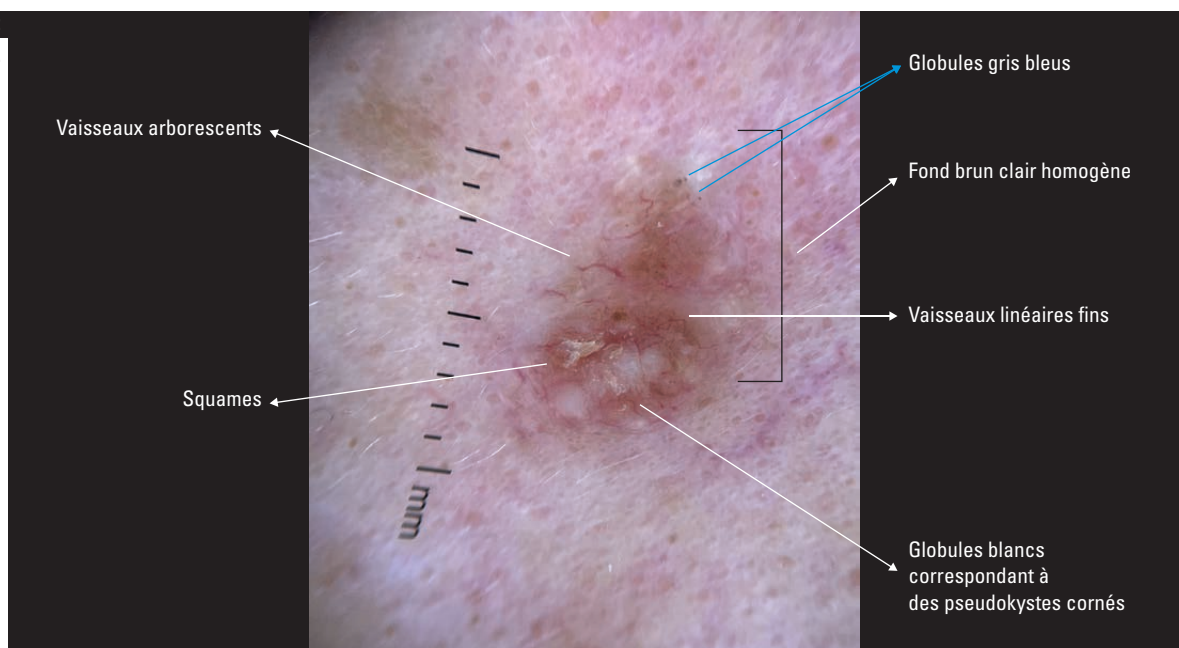


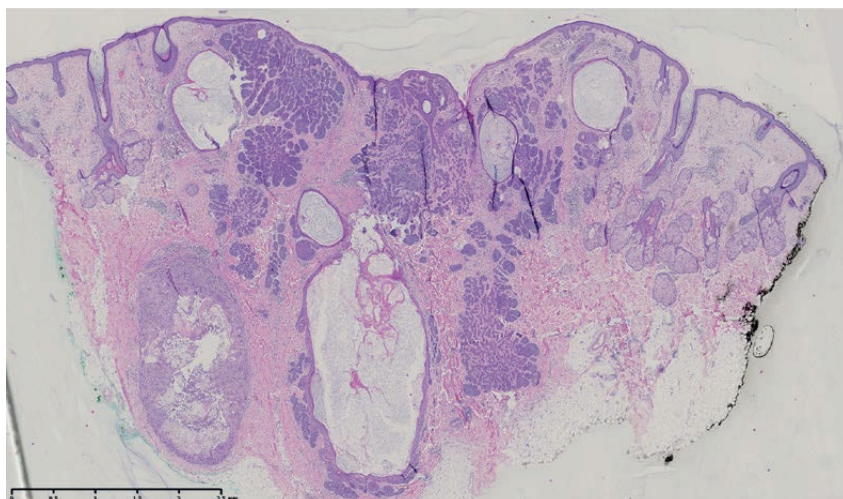
Figure 1:

Lésion nodulaire de couleur chair déprimée au centre et de contours bien délimités.

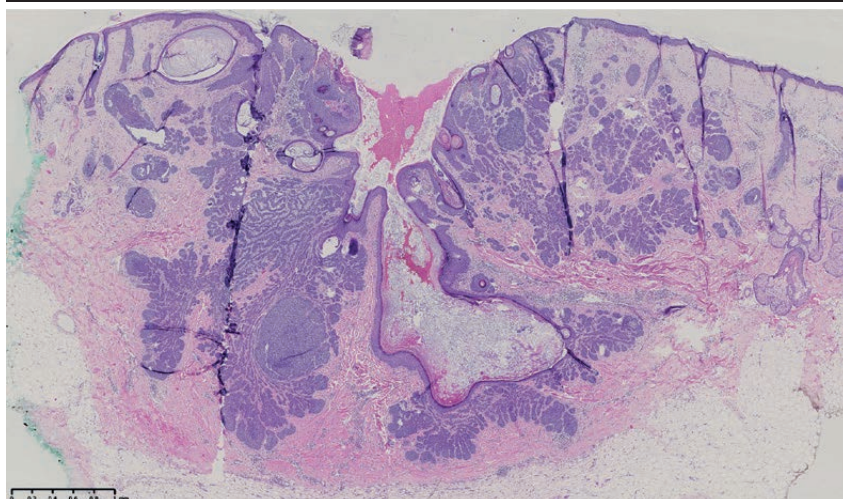
Figure 2:

Dermoscopie.





Prolifération de cellules basaloïdes dans le derme s'étendant jusqu'à la jonction dermo-hypodermique, sans connexion avec l'épiderme.
Présence de plusieurs kystes de kératine



Prolifération de cellules basaloïdes le long de l'infundibulum

Figure 3:

Histologie.

La dermoscopie ne permet pas encore un diagnostic spécifique de la tumeur.

L'aspect le plus souvent observé présente les caractéristiques suivantes (1, 2):

- des vaisseaux arborescents mais moins nombreux et plus fins que ceux observés dans les carcinomes basocellulaires;
- des structures pigmentées à type de dots et globules gris bleus;
- des structures blanches à type de chrysalides (non présentes dans ce cas);
- des globules blancs éparpillés de taille variable correspondant à des pseudokystes cornés;
- un arrière-fond de couleur brun jaunâtre.

Conclusion

Le carcinome trichoblastique est une entité encore peu décrite, présentant de grandes similitudes cliniques, dermoscopiques et histologiques avec le carcinome basocellulaire.

Vu le potentiel métastatique des carcinomes trichoblastiques de haut grade, sa confirmation diagnostique est essentielle.

Des études récentes ont permis d'identifier des caractéristiques histologiques et immunohisto-chimiques spécifiques permettant de distinguer cette entité du carcinome basocellulaire (1).

Sur le plan dermoscopique, le diagnostic de cette tumeur doit être évoqué face aux critères du carcinome basocellulaire, en particulier en présence de globules blancs, d'un patron brun homogène diffus et de vaisseaux arborescents moins nombreux et plus fins. ■

Merci au professeur Marot pour l'iconographie histologique.

À l'examen dermoscopique, les structures suivantes sont observées (Figure 2):

- des globules blancs au pôle inférieur correspondant à des pseudokystes cornés;
- un patron vasculaire polymorphe associant des vaisseaux linéaires fins présents au centre de la lésion et quelques vaisseaux arborescents visibles en périphérie;
- quelques squames isolées;
- un arrière-fond brun sans structure;
- des dots gris bleus au pôle supérieur de la lésion.

D'après ces caractéristiques, un carcinome basocellulaire ainsi qu'une possible tumeur annexielle sont suspectés.

Une exérèse chirurgicale de la lésion est réalisée.

L'analyse histologique confirme le diagnostic d'un carcinome trichoblastique de bas grade s'étendant en

profondeur jusqu'à la jonction dermo-hypodermique (Figure 3).

Une reprise chirurgicale avec 5mm de marge est programmée ainsi qu'un suivi dermatologique semestriel.

Le carcinome trichoblastique

Le carcinome trichoblastique est une tumeur maligne d'origine pileaire pouvant être observée dans toutes les localisations du corps. La prise en charge thérapeutique est chirurgicale et varie selon le grade de la tumeur.

Le carcinome trichoblastique de bas grade, de malignité purement locale, sera excisé avec 5mm de marges.

Le carcinome trichoblastique de haut grade, plus agressif, présente un potentiel métastatique nécessitant un bilan d'extension et une exérèse chirurgicale avec des marges allant de 1 à 3cm. Vu le risque de récurrences, une surveillance clinique rapprochée est conseillée.

Références

1. Cribier B. Les Difficultés du diagnostic: du carcinome basocellulaire aux tumeurs trichoblastiques. Annales de dermatologie et vénéréologie 2018;145:VS3-VS11.
2. Lai M. et al. Dermoscopy of cutaneous adnexal tumours: a systematic review of the literature. J Eur Acad Dermatol Venereol 2022;36:1524-40.