

Lésions élémentaires dermatologiques

Les lésions élémentaires sont communément classées en lésions primitives et secondaires. Mais d'autres classifications simplement descriptives existent en fonction de leur caractère palpable et/ou visible, des altérations de la surface, de la consistance de la peau (*tableau I*). En effet, la description précise des altérations de la surface permet de prévoir en partie les modifications histologiques sous-jacentes. Ces altérations 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 :

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

Sur le plan clinique, une altération de la surface cutanée peut se traduire par une peau qui devient rugueuse, suin-

tante, squameuse, transparente ou dont le microrelief n'est plus visible. Ces altérations sont alors des adjectifs permettant de mieux décrire les lésions. Aussi, dès lors qu'une lésion est palpable, il faut déterminer si la lésion est palpable en soi ou si la lésion est palpable du fait d'une altération de la surface cutanée ou pour ces deux raisons.

Lésions primitives

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).

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.

• L'érythème

C'est une macule rouge qui disparaît complètement à la vitropression. Elle correspond à une congestion des vaisseaux du derme superficiel, dont la pression chasse le sang. On parle d'érythème actif pour désigner un érythème rouge vif, congestif dû à une vasodilatation artériolo-capillaire. C'est la forme la plus fréquemment rencontrée. L'érythème peut être intense ou au contraire pâle.

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 affection 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 dans certaines toxidermies. À la fin de l'éruption, il peut être suivi d'une desquamation qui dure 2-3 jours. L'érythème "maladie" peut être très localisé (exemple :

Tableau I. – Classification descriptive des lésions élémentaires dermatologiques.

I.	Lésion visible, mais non palpable : la macule
II.	Lésion palpable <i>Lésion à contenu solide</i> – papule et plaque – nodule • nouure • gomme – végétation <i>Lésion à contenu liquide</i> – vésicule, bulle – pustule
III.	Altération de la surface – érosion, fissure, ulcération – squames – kératose, corne – croûte – gangrène, nécrose – atrophie
IV.	Modification de la consistance de la peau – sclérose – atrophie – œdème
V.	Lésions intriquées : toutes associations de 2 ou plusieurs des signes précédents

brûlure du 1^{er} degré), régional, ou encore généralisé. Les érythèmes régionaux se caractérisent par leur durée qui peut être longue (plusieurs semaines). Deux types d'érythèmes régionaux sont plus fréquents :

- l'érythème des régions découvertes (visage, décolleté et dos des mains), ou érythème *photodistribué*, doit faire évoquer en premier lieu le rôle de l'exposition solaire (photodermatose) (*fig. 9*),

- l'érythème localisé aux grands plis cutanés (inguinaux, axillaires, sous-mammaires, interfessier) ou *intertrigo* (*fig. 10*).

L'érythème "maladie" est très souvent généralisé. On décrit 3 variétés d'érythèmes généralisés selon le type de maladies auxquelles elles font référence :

- de type *scarlatiniforme* (ressemble à la scarlatine) : érythème rouge vif, en grands placards continus sans intervalles de peau saine (*fig. 11*),

- 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 (*fig. 12*),

- de type *roséoliforme* (ressemble à la roséole syphilitique) : érythème fait de taches roses, mal délimitées avec de larges intervalles de peau saine (*fig. 13*).

Quel qu'en soit le type clinique, les érythèmes généralisés correspondent à 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 et la notion de prise médicamenteuse récente.

Les érythèmes généralisés ne doivent pas être confondus avec les érythrodermies (*fig. 19*), qui donnent un tableau d'érythème généralisé, touchant la quasi-totalité du revêtement cutané, particulier par :

- l'intensité de l'érythème, de couleur rouge vif,
- l'association à d'autres signes cutanés : infiltration fréquente, visible (signe du drapé) et palpable, due à un œdème cutané profond, desquamation persistante plus ou moins épaisse, troubles des phanères (épaississement des ongles),
- la durée de l'éruption, qui dépasse plusieurs semaines,
- des signes généraux associés (fièvre, altération de l'état général),
- des adénopathies superficielles.

L'érythrodermie est un syndrome grave dont les étiologies sont multiples (psoriasis, lymphome cutané, eczéma, toxidermies).

En cas de vasodilatation passive sans inflammation due à une stase sanguine sans inflammation : la peau est alors froide au toucher et prend une nuance violacée : on parle alors d'érythème passif (ou érythrocyanose). Dans ces érythèmes passifs, on décrit :

- la cyanose : souvent acrale (acrocyanose) (*fig. 14*),

- le livedo : qui réalise un réseau cyanotique soit à mailles fines et complètes (livedo réticulaire), soit à mailles épaisses, incomplètes ou arborescentes (livedo racemosa) ; le livedo actif par vascularite est souvent infiltré à la palpation et dépasse donc le strict cadre des érythèmes (*fig. 15*).

• 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 acquise, rouge, non pulsatile, formant un trait fin, tortueux souvent en arborisation ou en réseau ; elle est le plus souvent localisée, en particulier au visage (couperose). Elle est à différencier du vaisseau dermique normal vu par transparence d'une peau atrophique (*fig. 16*),

- l'angiome-plan : lésion congénitale, de taille variable, réalisant des plaques rouges-violacées à limites nettes, de topographie ubiquitaire, remarquables par leur fixité et leur chronicité tout au long de la vie (*fig. 17*).

• 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.

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 biligenèse (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 pétéchiol : petites taches d'un ou deux 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 (exemple : élastique de chaussette),
- le purpura ecchymotique : placard de taille variable,
- le purpura nécrotique : témoigne d'une atteinte profonde, traduisant 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) s'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 [*fig. 18*]), mais le purpura reste dans ce cas la lésion élémentaire dominante qui doit être prise en compte en premier lieu.



9	10
11	12
13	

Fig. 9. Macule rouge : érythème photodistribué (photosensibilisation médicamenteuse)
 Fig. 10. Macule rouge : érythème inversé ou intertrigo (candidose)
 Fig. 11. Macule rouge : érythème scarlatiniforme (scarlatine)
 Fig. 12. Macule rouge : érythème morbilliforme (toxidermie)
 Fig. 13. Macule rouge : érythème roséoliforme (syphilis secondaire)



14	15
16	18
17	19

Fig. 14. Macule rouge : cyanose des extrémités (acrocyanose idiopathique)
 Fig. 15. Macule rouge : livedo de type racemosa (syndrome de Sneddon)
 Fig. 16. Macule rouge : macule vasculaire à type de télangiectasies localisées unilatérales
 Fig. 17. Macule rouge : macule vasculaire à type d'angiome plan
 Fig. 18. Macule rouge : purpura (purpura rhumatoïde)
 Fig. 19. Erythrodermie (syndrome de Sézary)

Macules pigmentaires

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 (tache mongolique du nourrisson). Elle est accentuée par la lumière de Wood. Les macules pigmentaires mélaniques peuvent être :

- localisées : dans la majorité des cas (exemples : chloasma ou masque de grossesse, tache café-au-lait de la neurofibromatose) (fig. 20),
- généralisées : on parle alors de mélanodermie (exemple : mélanodermie de la maladie d'Addison).

Il peut s'agir 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.



Fig. 20. Macule hyperpigmentée (tache café-au-lait)

Macules achromiques

Elles sont dues à une diminution (macule hypochromique) ou à une absence (macule achromique) de mélanocytes de l'épiderme et/ou de sécrétion de mélanine par ceux-ci. Elles se présentent sous forme de tache claire de taille et de forme variables (fig. 21). 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 ou héréditaires, diffuses (albinisme) ou localisées (sclérose tubéreuse de Bourneville),
- secondaires (exemple : 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.



Fig. 21. Macule achromique (vitiligo)

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 primitives, en premier lieu un érythème réali-

sant alors des lésions érythémato-squameuses (voir dernier chapitre). Les squames sont constituées de pellicules ou 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 (*fig. 22*) : fines, blanchâtres, farineuses, peu adhérentes et de petite taille (exemple : pityriasis versicolor) ; elles peuvent être sèches (“dartres”), ou au contraire grasses (sur le visage ou le cuir chevelu) ;

– les squames scarlatiniformes (*fig. 23*) : en grands lambeaux, homogènes et peu épaisses (exemples : scarlatine, certaines toxidermies médicamenteuses) ;

– les squames ichthyosiformes (*fig. 24*) : de taille et de forme régulières, polygonales, ressemblant à des écailles de poisson,

souvent très sèches (exemple : ichtyoses héréditaires) ;

– les squames psoriasiformes (*fig. 25*) : blanches, brillantes, épaisses, de taille variable (souvent larges) et adhérentes ; le grattage progressif avec une curette montre un effritement en lamelles (signe de la bougie) ; elles sont caractéristiques du psoriasis ;

– les squames folliculaires (*fig. 26*) : de petite taille, en semis, siégeant à l'émergence d'un poil (exemple : pityriasis rubra pilaire).



22	25
23	26
24	

Fig. 22. Squame pityriasiforme (pityriasis versicolor)
Fig. 23. Squame scarlatiniforme (phase de guérison d'une toxidermie)
Fig. 24. Squame ichthyosiforme (ichtyose vulgaire)
Fig. 25. Squame psoriasiforme (psoriasis vulgaire)
Fig. 26. Squame folliculaire (kératose pilaire)

KÉRATOSES

La kératose (ou hyperkératose) est un épaississement corné plus large qu'épais. C'est une lésion primitive visible et palpable. Elle 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 fréquente chez le sujet âgé (fig. 27).

La kératose folliculaire se localise autour de l'orifice pileaire, donne un aspect râpeux à la peau et peut correspondre à une origine constitutionnelle (kératose pileaire) ou à des causes plus rares (maladie de Darier).

L'hyperkératose peut avoir une topographie régionale et touche alors fréquemment les paumes et les plantes (kératodermie palmo-plantaire). Une corne est une kératose plus haute que large. Sur les muqueuses, l'aspect correspondant s'appelle une leucokératose.

LÉSIONS LIQUIDIENNES

Vésicules

Ce sont des lésions primitives visibles et palpables. Elles sont dues à des altérations épidermiques localisées résultant de 2 mécanismes principaux :

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

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



Fig. 27. Kératose (kératose actinique)

- 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 : le contenu liquidien se trouble (pus).

Le regroupement des lésions vésiculeuses est très évocateur d'une infection virale à virus herpès. Elles peuvent être :

- disséminées sur une peau saine (varicelle) (fig. 28),
- regroupées en bouquet (herpès récurrent),
- regroupées en bande suivant un métamère sensitif (zona).

Bulles

Ce sont des lésions primitives visibles et palpables. Elles réalisent des lésions 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).

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

Le mécanisme de formation des bulles 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 de l'épiderme) par mécanisme auto-immun (comme dans le pemphigus, fig. 29 et 29 bis) ou à une nécrose kératinocytaire par mécanisme immuno-allergique (comme dans le syndrome de Lyell) ; elles peuvent être très superficielles, sous-cornées, par acantholyse superficielle ou par mécanisme toxique (exemple : épidermolyse staphylococcique),

- 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 (exemple : pemphigoïde bulleuse, fig. 30 et 30 bis) ou par mutation génétique (comme dans les épidermolyse bulleuses héréditaires).

Les bulles cutanées témoignent presque toujours 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).

Pustules

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

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 liées à une infection d'un ou plusieurs follicules pilo-sébacés (exemple : folliculite bactérienne) ; les pustules fermées se prêtent bien au prélèvement bactériologique, qui sera réalisé avec une pipette stérile ;

- soit non folliculaires (fig. 31) : intra-épidermiques, assez planes, superficielles, d'un blanc laiteux, coalescentes et le plus souvent amicrobiennes (exemple : psoriasis pustuleux, maladie de Behçet) ; leur siège est intra-épidermique ; en cas de bulle de grande taille, le pus peut parfois décanter pour former un hypopion.

LÉSIONS INFILTRÉES

Papules

Ce sont des lésions primitives visibles et palpables. La lésion est une élevation 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 inférieur à 1 cm). Elle peut être ronde, ovale, polygonale et/ou ombiliquée. Si elle est plus grande, c'est une plaque. La plaque peut résulter de la confluence de petites papules ou se constituer d'emblée.

Selon l'aspect anatomo-clinique, on distingue différents types de papules :

- La 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 (exemple : verrue plane [figs. 32 et 33]).

- La papule dermique

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

- œdémateuses (fig. 38) : rose pâle, de consistance élastique, partiellement et temporairement réductibles à la pression, transitoires, migratrices et souvent associées à un prurit local (exemple : 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 ;

- par infiltrat cellulaire (fig. 34 et 35) : inflammatoires, fermes, nettement surélevées, de couleur rouge cuivre ou encore violette, parfois purpuriques, fermes, infiltrées, non réductibles à la pression (exemple : 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, 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 lichénification (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 ;

- dysmétaboliques (fig. 36) : par surcharge dermique d'un matériel amorphe (lipides, amylose, mucine), fermes, généralement asymptomatiques, souvent jaunâtres ou de la couleur de la peau normale, d'évolution chronique (exemple : xanthomes, fig. 37).

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).

- La papule folliculaire (fig. 39)

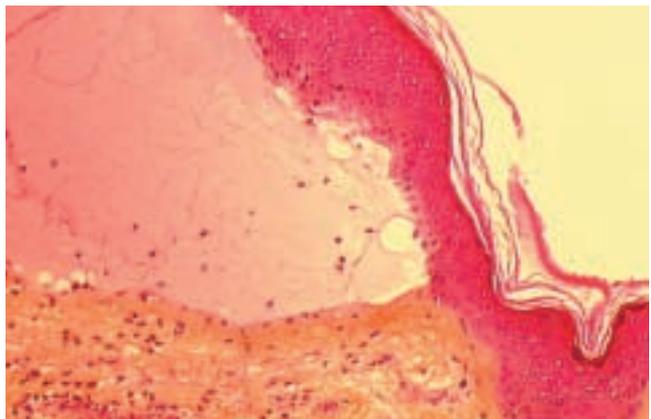
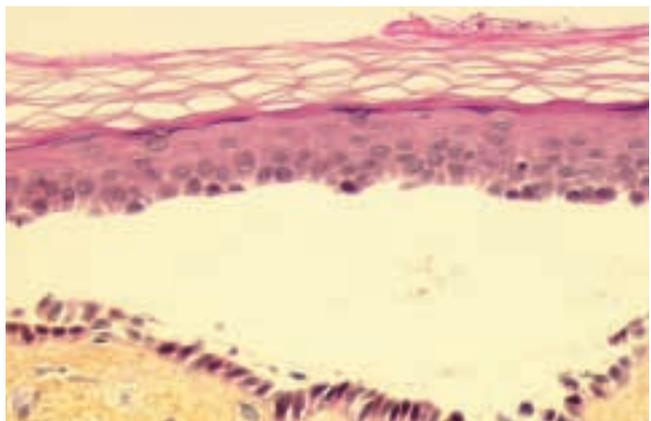
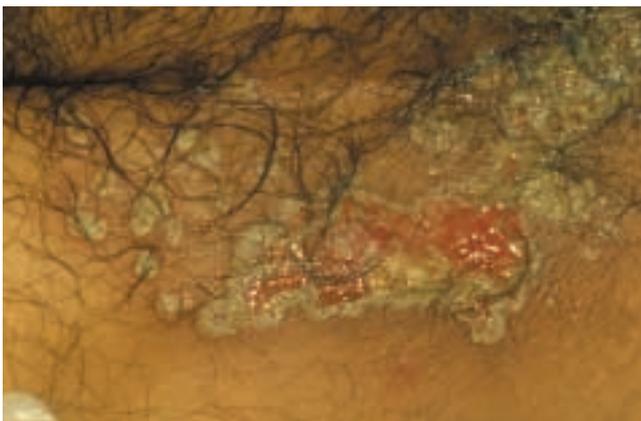
Elle correspond à une atteinte du follicule pileux. Si elle est épidermique, elle est acuminée, dure, centrée par l'orifice folliculaire. En cas d'atteinte dermique, elle est plus arrondie. Elle peut être responsable d'une alopecie secondaire.

- La papule miliaire

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

Nodules (figs. 40, 41, 42)

Ce sont des lésions primitives visibles et surtout palpables. Elles sont dues à une atteinte inflammatoire ou tumorale primitive du derme réticulaire et/ou de l'hypoderme. Elles réalisent des élevures plus ou moins saillantes, arrondies ou ovalaires, de grande taille (supérieure à 1 cm), solides, fermes et infiltrées à la palpation. Leur couleur est généralement peu prononcée, parfois rouge vif, voire purpurique. Les signes fonctionnels locaux associés (douleur) sont très variables 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) ; une nouure est un nodule de grande taille (plusieurs cm), étalé et peu saillant, douloureux, d'évolution aiguë : au cours de l'érythème noueux (fig. 40), les nouures caractéristiques



28	31
29	29 bis
30	30 bis

Fig. 28. Vésicule récente en peau saine (varicelle)

Fig. 29. Bulle intra-épidermique apparaissant en peau saine (pemphigus vulgaire)

Fig. 30. Bulle cutanée sous-épidermique en peau érythémateuse (pemphigoïde bulleuse)

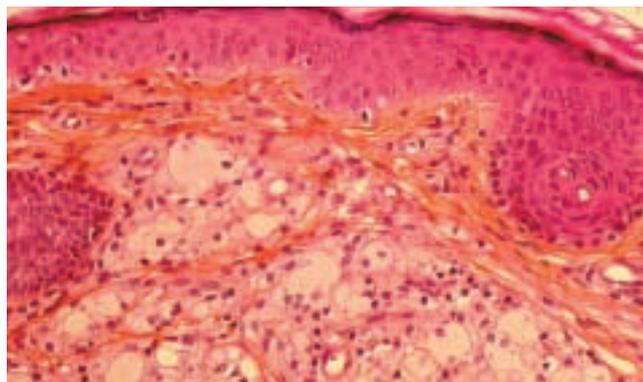
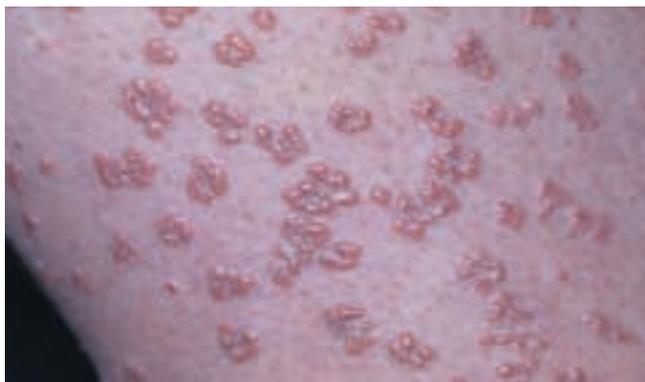
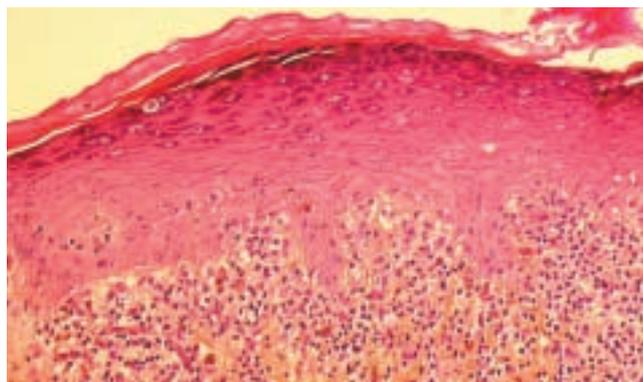
Fig. 31. Pustules multiples, non folliculaires, sur fond érythémateux (pustulose exanthématique aiguë généralisée)

Fig. 29 bis. Pemphigus profond

Cavité intra-épidermique par clivage acantholytique suprabasal, sans aspect inflammatoire

Fig. 30 bis. Pemphigoïde

Bulle sous épidermique décollant la totalité de l'épiderme du plancher dermique infiltré par quelques polynucléaires éosinophiles, et dont la cavité est remplie de sérosité



32 | 33
34 | 35 Fig. 32. Papules épidermiques multiples (verruës planes)
36 | 37 Fig. 33. Verrue plane (histologie)
38 | 39 Figs. 34 et 35. Papule par infiltrat cellulaire inflammatoire (lichen plan)
38 | 39 Fig. 36. Papules dysmétaboliques ou par surcharge (xanthomes)

Fig. 37. Xanthome (aspect histologique)
Fig. 38. Papules œdémateuses (urticaire commune)
Fig. 39. Papules folliculaires (pityriasis rubra pilaire)

siègent au jambes, sur les crêtes tibiales. La gomme (terme peu utilisé) est un nodule qui évolue progressivement vers le ramollissement et l'ulcération. Elle 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 (exemples : sarcoïdose (figs 41, 42), érythème noueux) ou tumorale (exemple : lymphome cutané). Dans la grande majorité des nodules d'évolution chronique, une biopsie cutanée est nécessaire au diagnostic étiologique.

Végétations (fig. 43)

Ce sont des lésions primitives visibles et palpables. Elles sont dues à une prolifération anormale, exophytique, de l'épiderme, souvent associée à un infiltrat cellulaire du derme, notamment des papilles dermiques. Elles réalisent des lésions très superficielles, faisant une surélévation de plusieurs mm au moins par rapport au plan de la peau. Leur teinte est très variable, rouge ou de la couleur de la peau normale. Leur 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,



Fig. 40. Nouures disséminées sur les deux jambes (érythème noueux)

mais elles sont plus fréquentes sur les muqueuses ou autour des orifices naturels.

Lésions secondaires

CROÛTES (fig. 44)

Ce sont des lésions visibles, secondaires à la coagulation d'un exsudat séreux, hémorragique ou purulent, qui correspondent à un stade évolutif de lésions élémentaires primitives différentes : bulles, vésicules, pustules aboutissent à la formation d'une croûte. Une croûte doit être enlevée, à la fois pour bien voir la lésion élémentaire sous-jacente, et pour assurer une désinfection toujours nécessaire.



Fig. 41. Nodule cutané de cause inflammatoire (sarcoïdose)

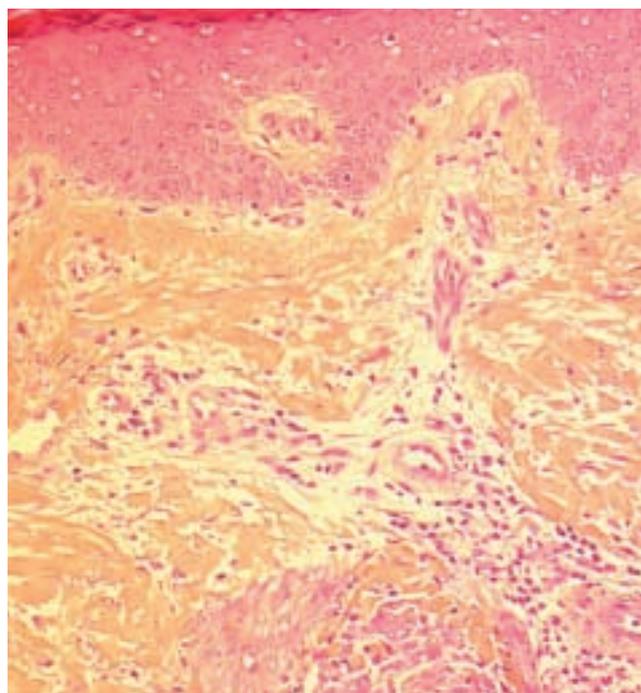


Fig. 42. Sarcoïdose

CICATRICE

La cicatrice correspond à l'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 (voir plus loin). 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 (fig. 45) : en relief, bombée, bien limitée, régulière, de couleur de peau normale et dont l'évolution est en général 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).

ATROPHIE, SCLÉROSE (fig. 46)

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 sous-jacents (capillaires, veines, relief osseux) deviennent anormalement visibles.

Une poikilodermie associe atrophie, télangiectasie et pigmentation réticulée.



Fig. 43. Végétations (condylomes génitaux)



Fig. 44. Croûte secondaire à un impétigo

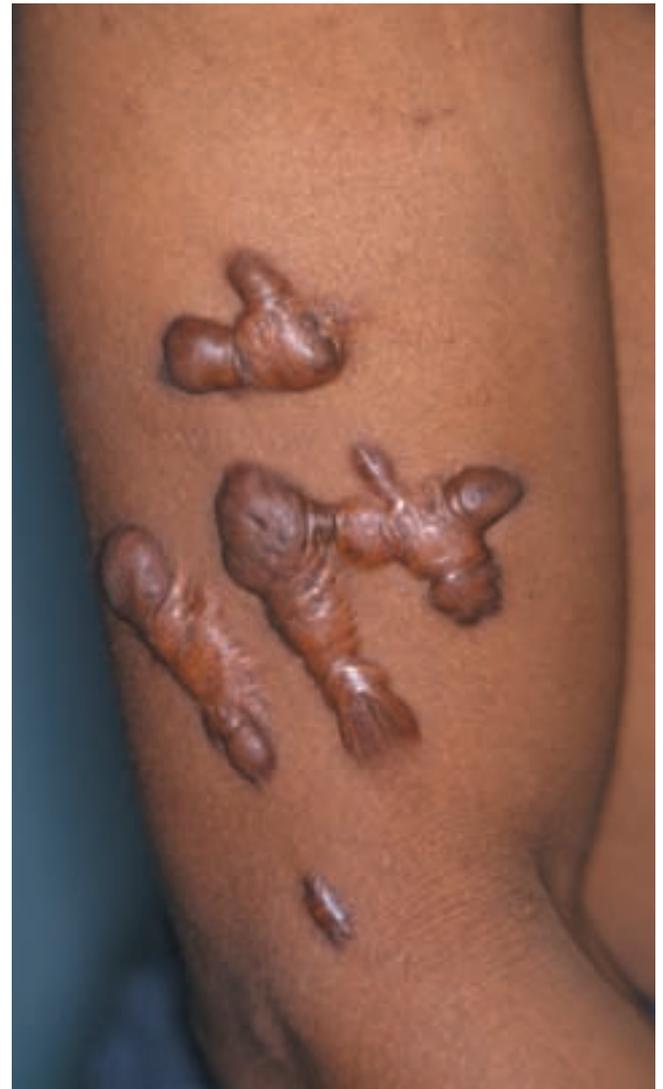


Fig. 45. Cicatrice de type hypertrophique (chéloïde)



Fig. 46. Aspect clinique de sclérose et d'atrophie cutanées (morphées)

Sclérose

La sclérose est une lésion visible et surtout palpable. Cette lésion est caractérisée par un épaississement et une perte de l'élasticité cutanée (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).

PERTES DE SUBSTANCE (fig. 47)

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

- L'érosion (ou exulcération) : 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



Fig. 47. Ulcération de jambe d'aspect nécrotique (d'origine artérielle)

croûteuse, ou noire (nécrose) ; sa 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.

- L'ulcère est une perte de substance chronique sans tendance à la cicatrisation. Sur les membres inférieurs, elle est souvent d'origine vasculaire.

- 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 sec, soit à une vaste bulle contenant un liquide roussâtre sous lequel apparaît le tissu noir. L'élimination des tissus nécrotiques aboutit ensuite à une ulcération.

- L'escarre est une nécrose secondairement ulcérée au 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.

- Le phagédénisme est un mode d'extension centrifuge d'une ulcération. Il est souvent douloureux.

Tumeurs cutanées

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.

Les tumeurs cutanées peuvent être développées :

- soit à partir de l'épiderme (exemples : carcinomes, mélanomes),

- soit à partir des éléments constitutifs du derme (fibroblastes, vaisseaux, nerfs, annexes...),

- soit à partir de cellules anormalement présentes dans la peau (exemples : métastases, lymphomes) (fig. 48).

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



Fig. 48. Tumeur cutanée ulcérée (lymphome cutané)

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 n'est pas certain ou une tumeur maligne est suspectée, 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.

Lésions associées (ou intriquées)

De nombreuses dermatoses sont constituées d'une association de lésions élémentaires primitives ou secondaires caractéristiques de ces affections. Ceci s'observe dans de nombreuses dermatoses communément observées :

- les macules ou les papules sont fréquemment squameuses, réalisant alors des lésions érythémato-squameuses ; lorsque celles-ci sont de type psoriasiforme, arrondies ou ovalaires et siègent sur certaines régions de prédilection (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 généralisées ou localisées ;

- des papules purpuriques peuvent s'associer à des nodules, un livido 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 (SCORAD) sont utilisés pour évaluer la gravité de la maladie avant et après traitement.