

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 (ou "impulsive"), rapide, qui fait le diagnostic dès l'inspection. Au premier coup d'œil, 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, et surtout elle comporte le risque d'erreur par défaut, lié à une insuffisance d'examen clinique ;

- la méthode analytique (ou "raisonnée") est plus lente et évidemment moins brillante. Elle correspond à une démarche médicale classique : le recueil de données (l'analyse) précède le diagnostic (la synthèse). C'est cette méthode qui sera décrite ici.

Interrogatoire

Il doit s'attacher à préciser :

- 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) ;

- les signes fonctionnels associés à la dermatose : prurit (localisé ou généralisé), douleurs ;

- les prises médicamenteuses du patient et leur chronologie par rapport à l'apparition de la dermatose (en cas de suspicion de toxidermie, de dermatoses auto-immunes...) ;

- les facteurs environnementaux : habitat, profession, loisirs, habitudes vestimentaires, exposition solaire ;

- les antécédents personnels et familiaux : dermatologiques, atopie, cancer.

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. En cas de lésions polymorphes, 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.

L'INSPECTION

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

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).

LA VITROPRESSION

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).

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 (recherche d'une lésion élémentaire sous-jacente).

LA FRICTION

Réalisée à l'aide d'une pointe mousse, elle permet de mettre en évidence :

- un dermatographisme (papule œdémateuse provoquée par la friction d'une peau saine : correspond à une urticaire physique) (*fig. 1*),
- un signe de Darier (papule œdémateuse provoquée par la friction d'une macule pigmentée : spécifique d'une mastocytose cutanée) (*fig. 2*),
- un signe de Nikolski (décollement bulleux provoqué par la friction douce d'une peau saine : dans le syndrome de Lyell, le pemphigus ou 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 ou 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 élective (zones déclives, plis de flexion) sont aussi

des arguments 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 dizaine de cm (*fig. 3*),
- linéaire : selon une ligne droite ou brisée (aspect serpiginieux) (*fig. 4*),
- annulaire : anneau complet (*fig. 5*),
- arciforme : anneau incomplet (*fig. 6*),
- polycyclique : plusieurs cercles confluent ou concentriques (*fig. 7*),
- en cocarde : aspect de cible (*fig. 8*).

Examen clinique général

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.



Fig. 1. Dermographisme

Figs. 2a et 2b. Signe de Darier : avant friction (2a) et après friction (2b) (mastocytose cutanée)



1	2a
	2b



3	4	<p>Fig. 3. Groupement de lésions en placards érythémato-papuleux (érysipèle) Fig. 4. Groupement de lésions linéaires (radiodermite de superposition) Fig. 5. Groupement de lésions annulaires (dermatophytose) Fig. 6. Groupement de lésions arciformes (maladie de Jessner-Kanoff) Fig. 7. Groupement de lésions polycycliques (dermatophytose) Fig. 8. Groupement de lésions en cocarde (érythème polymorphe)</p>
5	6	
7	8	

Examens complémentaires

Dans un grand nombre de cas, l'analyse des lésions cutanées permet d'aboutir d'emblée à un diagnostic ou un groupe de diagnostic. 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.

La peau, organe extériorisé, est particulièrement apte aux explorations. Plusieurs types d'exams peuvent être réalisés directement à partir du revêtement cutané.

L'IMAGERIE CUTANÉE

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 (naevus, 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 surtout utile dans le diagnostic précoce du mélanome et le diagnostic différentiel des lésions pigmentées.

PRÉLÈVEMENTS MICROBIOLOGIQUES SUPERFICIELS (VOIR P. 85100-3)

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,

– cytodiagnostics de Tzanck pour la recherche d'un effet cytopathogène de virus du groupe herpès ou de cellules acantholytiques (pemphigus).

BIOPSIE CUTANÉE (VOIR P. 8592-5)

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 jusqu'au derme profond. Dans le cas des lésions liquidiennes (bulles, pustules), la biopsie doit enlever une lésion en totalité pour une analyse histologique correcte.

Deux techniques de prélèvement sont possibles :

– le punch : est un 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,

– la biopsie au bistouri : est 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 (exemple : 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).