

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

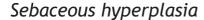
www.sciencedirect.com





FICHE THÉMATIQUE / DERMATOPATHOLOGIE

Hyperplasie sébacée





F. Bourlond, B. Cribier, C. Velter*, sous l'égide du groupe de dermatopathologie de la Société française de dermatologie

formes géantes ou linéaires.

Histopathologie

Clinique dermatologique, faculté de médecine, université de Strasbourg, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg, France

Reçu le 17 février 2015 ; accepté le 2 mars 2015 Disponible sur Internet le 17 avril 2015

Aspect clinique

L'hyperplasie sébacée est une lésion très commune de l'adulte. On ne doit plus l'appeler «adénome sébacé sénile », car l'adénome sébacé est une tumeur très différente survenant souvent dans le contexte du syndrome de Torre et Muir.

Elle se caractérise par des papules isolées ou multiples, localisées principalement sur les parties séborrhéiques de la face telles que le front, les joues, le nez et, plus rarement, les tempes.

Ces lésions jaunâtres asymptomatiques sont molles, surélevées et ombiliquées en leur centre (Fig. 1). Ces papules excèdent rarement 6 mm et ne sont jamais ulcérées. Le principal diagnostic différentiel évoqué est celui d'un carcinome basocellulaire.

Cette lésion, la plus fréquente d'origine sébacée, n'est pas une tumeur mais résulte d'une augmentation de volume d'une glande sébacée normale. Une transmission autosomique dominante est parfois décrite dans les formes profuses tout comme des présentations éruptives sous

L'examen anatomopathologique d'hyperplasies sébacées révèle des lobules sébacés, au nombre de trois ou quatre en général, dont le volume est augmenté (Fig. 2). Ils sont réunis par un canal excréteur à un infundibulum unique (Fig. 3). Dans certains cas, on peut voir plusieurs infundi-

ciclosporine, sirolimus ou chez des patients transplantés

Des formes rares ont été rapportées, parmi lesquelles des

L'infundibulum est souvent rempli de débris cellulaires sébacés et de bactéries, mais il peut aussi être discrètement hyperkératinisé prenant alors l'aspect d'un comédon (Fig. 4). Les lobules sébacés de ces glandes hyperplasiées peuvent également se retrouver plus en surface dans le derme par rapport à leur situation en condition normale [2] (Fig. 5). Il existe des lésions plus étendues qui sont composées de glandes sébacées plus nombreuses et de plusieurs canaux excréteurs (Fig. 6 et 7).

D'un point de vue cytologique, on note une couche périphérique de sébocytes immatures basophiles et des sébocytes matures plus petits que la normale dont la vitesse

Adresse e-mail: charles.velter@chru-strasbourg.fr (C. Velter).

http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2015.03.011 0151-9638/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

bulums (Fig. 2).

^{*} Auteur correspondant.

Hyperplasie sébacée 377



Figure 1. Hyperplasie sébacée: ombilication centrale.

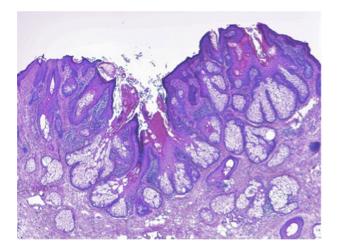


Figure 2. Deux hyperplasies sébacées côte à côte.

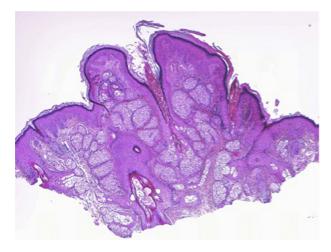


Figure 3. Hyperplasie sébacée exophytique avec un infundibulum central.

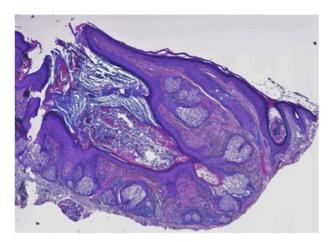


Figure 4. Canal excréteur kératinisé: comédon.

de migration depuis la lame basale vers le centre du lobule sébacé est ralentie (Fig. 8). La plupart des glandes sébacées offrent une architecture histologique totalement mature. D'autres exposent plus de cellules basales normales par unité de longueur de la lame basale que dans une glande non hyperplasiée.

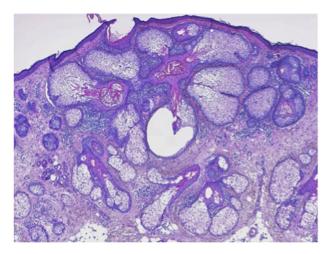


Figure 5. Localisation plus superficielle de lobules sébacés.

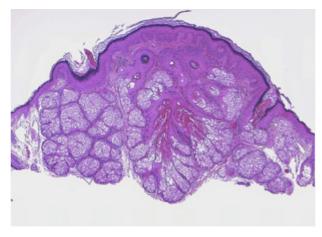


Figure 6. Groupement de plusieurs hyperplasies sébacées.

378 F. Bourlond et al.

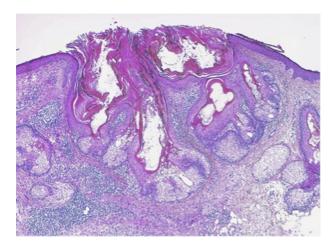


Figure 7. Nombreux canaux excréteurs.

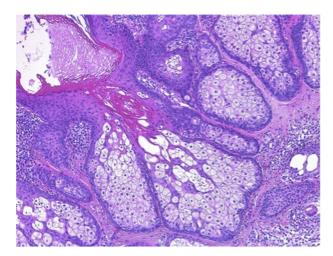


Figure 8. Sébocytes périphériques immatures et basophiles, sébocytes matures centraux.

Diagnostic différentiel

Toute biopsie réalisée sur le nez montre de volumineuses glandes sébacées qu'on ne doit pas confondre avec une hyperplasie sébacée. Ceci est à la source d'une erreur historique, celle des « adénomes sébacés de Pringle », les glandes

sébacées volumineuses mais normales ayant empêché les premiers microscopistes de voir les angiofibromes.

L'hamartome sébacé (nævus sébacé) est, en général, présent dès la naissance et se compose de papules jaunâtres à surface lisse situées sur le visage; lorsque le cuir chevelu est atteint, une alopécie peut être associée [3]. Au fil du temps, la surface devient plus anfractueuse. Il comprend des structures sébacées superficielles, sans canal excréteur et des anomalies épidermiques (acanthose, papillomatose, hyperkératose et bourgeons annexiels) ainsi que des glandes apocrines hétérotopiques.

L'adénome sébacé est très différent: la structure normale de la glande sébacée n'est pas conservée. Il est dermique, avec ouverture des éléments glandulaires à la surface cutanée. La maturation cellulaire est plus aléatoire: la périphérie est constituée de plusieurs couches de cellules basales immatures, mais en nombre moins élevé que les sébocytes matures plus centraux. Il faut envisager le contexte du syndrome de Torre et Muir, surtout quand il existe d'autres lésions sébacées, dont des sébacéomes kystiques ou non.

Dans le rhinophyma, les glandes sébacées extrêmement dilatées sont plus nombreuses, moins bien définies, moins groupées que dans l'hyperplasie sébacée. L'infundibulum est exagérément dilaté et il existe souvent une fibrose massive du derme.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Engel F, Ellero B, Woehl-Jaegle ML, Cribier B. Hyperplasies sébacées profuses du visage induites par la ciclosporine. Ann Dermatol Venereol 2005;132:342—5.
- [2] Lazar AJF, Lyle S, Calonje E. Sebaceous neoplasia and Torre-Muir syndrome. Curr Diagn Pathol 2007;13:301—19.
- [3] Cribier B, Scrivener Y, Grosshans E. Tumors arising in nevus sebaceus: a study of 596 cases. J Am Acad Dermatol 2000;42: 263—8.