



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



FICHE THÉMATIQUE / DERMATOSCOPIE-DERMATOPATHOLOGIE

## Trichoblastome : corrélation dermatopathologie–dermatoscopie



*Trichoblastoma: Dermatopathology–dermatoscopy correlation*

P. Huet<sup>a,\*</sup>, G. Barnéon<sup>b</sup>, B. Cribier<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Zone médicale de Fescau, 50, allée des Vignes, 34980 Montferrier-sur-Lez, France

<sup>b</sup> Euromed pathologie, parc Euromédecine, 1227, rue de la Valsière, 34790 Grabels, France

<sup>c</sup> Hôpitaux universitaires de Strasbourg, BP 426, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg cedex, France

Disponible sur Internet le 18 mai 2017

Une femme de 72 ans consultait pour un examen dermatologique de suivi après avoir été opérée, ces dernières années, d'une dizaine de carcinomes basocellulaires du pubis, des cuisses, des fesses et de la paroi abdominale. Ceux-ci étaient apparus dans les suites d'une curiethérapie au césium pour une néoplasie utérine réalisée 30 ans auparavant. Elle avait été également traitée 10 ans plus tôt pour un adénocarcinome mammaire et prenait uniquement un traitement par statines pour une dyslipidémie.

Au cours de l'examen clinique, on découvrait une petite lésion de 5 mm non pigmentée, arrondie, papuleuse, à peine visible, située à la lisière frontotemporale droite, qu'elle avait peut-être remarquée mais négligée depuis de nombreux mois (Fig. 1). L'examen dermatoscopique en lumière polarisée, en montrant des structures invisibles à l'œil nu, était lui, par contre, remarquable. Celui-ci objectivait surtout la présence de très nombreux globules blancs éparpillés sur toute la surface lésionnelle, associés à quelques dots pigmentées gris-bleu et à une riche vascularisation arborescente, le tout sur un arrière-fond de couleur brun jaunâtre (Fig. 2 et 3).

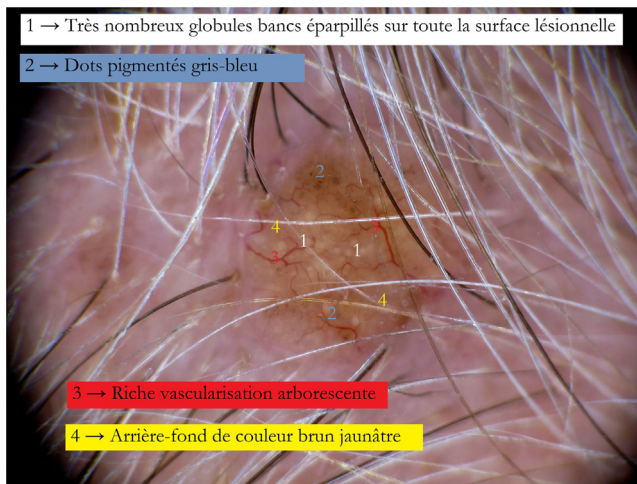


Figure 1. Aspect clinique du TCB.

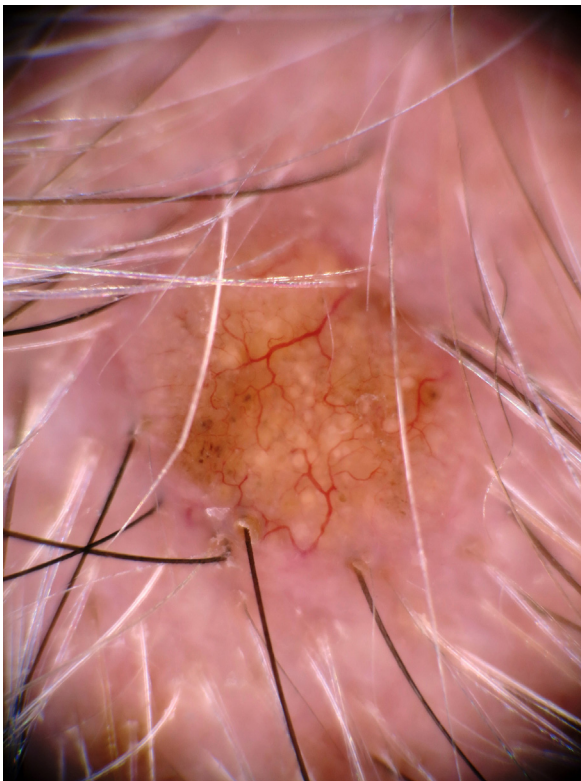
L'examen histologique de la biopsie initiale concluait à une tumeur annexielle folliculaire de type trichoadénome, sur la présence de nombreuses structures kystiques contenant de la kératine lamellaire, juxtaposées et situées sur toute la hauteur du derme, avec seulement quelques travées réticulées entre elles (Fig. 4). Il y avait un discret infiltrat inflammatoire à la partie profonde. Les globules

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [pascale.huet3@wanadoo.fr](mailto:pascale.huet3@wanadoo.fr) (P. Huet).



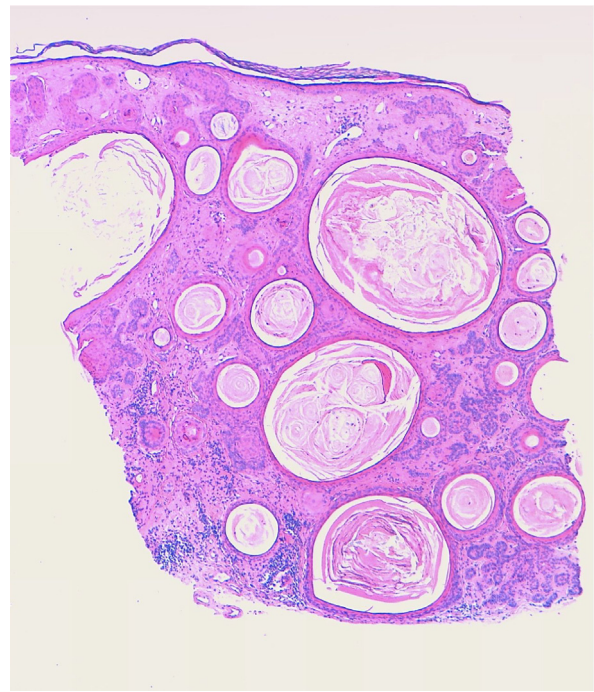
**Figure 2.** Aspect annoté du TCB en dermatoscopie à lumière polarisée.



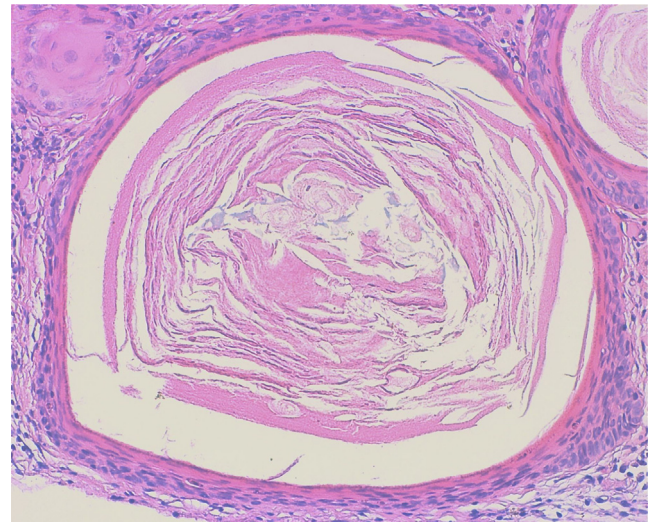
**Figure 3.** Aspect « zoomé » du TCB en dermatoscopie à lumière polarisée.

blancs éparpillés vus en dermatoscopie correspondaient à des kystes de taille variable, à paroi fine, et contenant de multiples lamelles de kératine éosinophile, comme on la voit dans les kystes épidermoïdes (Fig. 5). L'observation attentive montrait plusieurs couches de kératinocytes et, vers la lumière, une très fine couche granuleuse bordant la paroi. Certains kystes étaient beaucoup plus petits et limités par une cuticule éosinophile.

Par contre, l'examen histologique de la pièce d'exérèse concluait à un trichoblastome, en montrant la présence de multiples petits éléments épithéliaux arborescents entre les



**Figure 4.** Biopsie montrant de multiples kystes ronds kératinisants sur toute la hauteur du derme (coloration hématoxyline et éosine – HE).

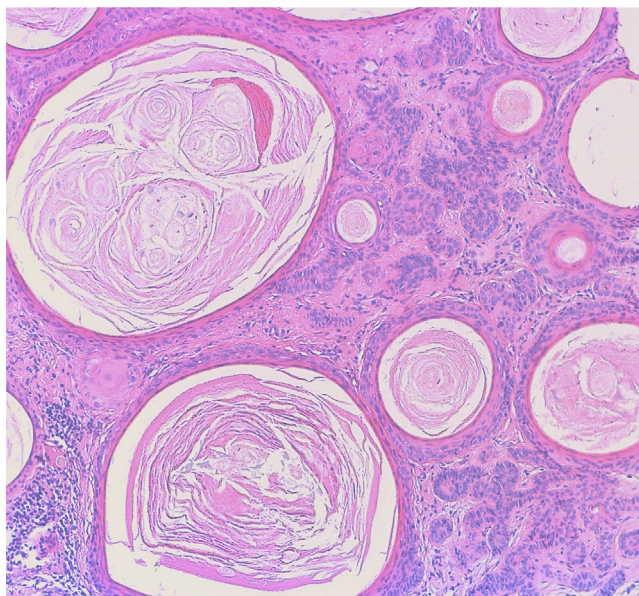


**Figure 5.** Gros plan sur un kyste montrant une paroi multistratifiée, une couche granuleuse très fine et des lamelles de kératine (coloration HE).

structures kystiques (Fig. 6), faits de cellules basophiles en périphérie et de cellules plus éosinophiles au centre, réalisant l'image « bleu autour—rouge au centre » qui évoque des structures folliculaires. Sur la pièce d'excision, l'aspect kystique était moins marqué et il y avait beaucoup plus de travées basophiles non kystiques, éliminant ainsi le diagnostic de trichoadénome. La tumeur était bien limitée et ne comprenait pas de fentes de rétraction ni de vraie palissade à la périphérie des éléments épithéliaux.

Il s'agit donc d'un exemple de tumeur où clinique, dermatoscopie et dermatopathologie sont bien concordantes.





**Figure 6.** Travées épithéliales arborescentes, avec image de « bleu autour—rouge au centre » caractéristique de la différenciation folliculaire (coloration HE).

## Discussion

Le trichoblastome (TCB) est une tumeur bénigne annexielle pileaire reproduisant des éléments du segment inférieur du follicule pileux, mais le plus souvent sans différenciation matricielle [1]. On parle aussi de « trichoblastes » pour désigner les cellules composant le TCB ; ce sont des cellules germinatives immatures non malignes. Individualisé dans les années 1970 par Headington, puis décrit plus précisément par Ackerman dans son traité sur les tumeurs annexielles folliculaires et jadis considéré comme rare, le TCB est sans doute maintenant l'une des tumeurs pileaires bénignes les plus fréquentes [2]. Il a longtemps été confondu avec le carcinome basocellulaire nodulaire dont il a les apparences cliniques, dermatoscopiques et certaines ressemblances histopathologiques. On assimile désormais le trichoépithéliome au trichoblastome ; le trichoépithéliome n'est en effet qu'un variant bien différencié kystique de TCB. Notre cas en est un exemple caractéristique, très bien différencié et très kystique (on l'aurait qualifié auparavant de trichoépithéliome), à l'opposé des TCB plus immatures ne comportant que des lobules et travées basophiles sans aucun kyste. C'est la présence de ces nombreux kystes kératinisants qui a fait évoquer initialement dans notre cas le trichoadénome. La dermatoscopie ne permet donc pas de faire la distinction entre trichoadénome et TCB très kystique.

Le trichoblastome (TCB) touche l'adulte (âge moyen 45 ans) et est parfois observé dès l'âge de 20 ans. Il prédomine nettement chez la femme (2/1 à 5/1). Il existe des formes multiples d'origine génétique, débutant dès l'adolescence, comme la maladie de Brooke-Spiegler et la maladie de Brooke-Fordyce [3,4]. C'est la tumeur le plus souvent rencontrée en association avec le nævus sébacé de Jadassohn. Il est également fréquent chez le chien (bichon frisé, caniche...).

Dans la forme solitaire, le TCB se présente sous forme d'une papule ou d'un nodule bien limité, ferme à surface lisse parfois parsemée de télangiectasies, à contours réguliers, translucide, perlé, de couleur chair ou rosée. Mais contrairement au carcinome basocellulaire (CBC), il n'est en principe pas ulcéré. Il mesure de 0,5 à 3 cm de diamètre en moyenne. Il existe d'autres aspects à type de plaque centrofaciale bien circonscrite légèrement surélevée, de forme pigmentée (évoquant un CBC tatoué) ou plus rarement de forme géante, parfois profonde, infiltrant le muscle strié. Sa localisation préférentielle se situe sur la face (sillon nasogénien, nez, angle interne de l'œil) et le cuir chevelu, moins souvent sur le tronc et les membres. Sa croissance est lente, sans tendance à l'ulcération.

Dans les formes d'origine génétique, les lésions sont plus petites, de 2 à 5 mm, à surface lisse, translucides, de couleur chair ou rose-blanc et surtout multiples. Elles débutent dans l'enfance ou à l'adolescence, puis se développent progressivement au cours de la vie. Leur distribution est symétrique, toujours à prédominance centrofaciale, mais elles peuvent couvrir la totalité du visage, et sont parfois confondues avec les angiofibromes de la sclérose tubéreuse de Bourneville.

L'examen histopathologique [5,6] montre une tumeur nodulaire à grand axe vertical, bien limitée, symétrique, pouvant toucher toute la hauteur du derme et même envahir l'hypoderme, sans connexion avec l'épiderme, ce qui l'oppose au CBC qui est en général connecté à l'épiderme, moins symétrique et souvent ulcéré. La prolifération est constituée de plages, de lobules, de travées ou de cordons de cellules basaloïdes monomorphes à noyau arrondi ou ovalaire, au sein d'un stroma contenant de nombreuses cellules fusiformes. L'image caractéristique est l'invagination, au sein de ces lobules épithéliaux, de cellules fusiformes du stroma, rappelant la papille pileaire. Une pigmentation mélanique dans le stroma et des mélanocytes dendritiques des lobules épithéliaux sont fréquents. L'absence de fentes de rétraction et de disposition palissadique périphérique, la différenciation pileaire pouvant reproduire tous les constituants du follicule sont en faveur du TCB par rapport au CBC. Pour les cas litigieux, on pourra s'aider des immunomarquages, et notamment du marqueur de cellules souches folliculaires, PHLDA-1, qui est exprimé dans certaines tumeurs pileaires dont le TCB mais moins souvent dans les CBC, qui expriment en revanche le marqueur BerEP4.

Concernant l'examen du trichoblastome en dermatoscopie, l'aspect observé est de description récente et repose sur de petites séries [7–11]. Il est le plus souvent symétrique et peut associer à différents degrés :

- surtout des vaisseaux arborescents mais qui sont, à l'inverse du CBC, moins nombreux, moins ramifiés, plus fins, plus courts et moins « *in-focus* » ;
- parfois des structures pigmentées, comme dans le CBC, à type de dots, de globules, de larges nids ovoïdes gris-bleu et de structures à type de « feuilles d'érable et roues dentées » qui correspondent aux nodules basaloïdes pigmentés ;
- des structures blanches à type de chrysalides qui traduisent la présence de collagène altéré au sein d'un stroma fibreux dense ;
- des pseudokystes cornés à type de grains de milium ;
- un arrière-fond blanc nacré à bleuâtre homogène.

L'aspect dermatoscopique du TCB décrit ci-dessus est donc très proche de celui du CBC et il n'y a donc aucun pattern pathognomonique permettant théoriquement de le différencier de ce dernier. Dans un article récent [12], Ghigliotti et al. ont comparé l'aspect DSC de 19 TCB à celui de 19 CBC trichoblastiques. Ils ont confirmé que rien ne pouvait les différencier en DSC, hormis peut-être la présence à moindre fréquence des nids ovoïdes gris-bleu et des globules gris-bleu dans le TCB comparé au CBC. Il faudra donc, pour faire la différence, tenir compte du contexte clinique et surtout de l'examen histopathologique qui reste donc, pour le diagnostic du trichoblastome, le « *gold standard* ».

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Battistella M. Les trichoblastomes. *Ann Dermatol Venereol* 2014;141:549–52.
- [2] Ackerman AB, Reddy BV, Soyer HP. *Neoplasms with follicular differentiation*. 2<sup>e</sup> éd. New York: Ardor Scribendi Publishers; 2001. p. 1109.
- [3] Cribier B. Maladies associées aux tumeurs annexielles. I - Tumeurs folliculaires. *Ann Dermatol Venereol* 1999;126:270–9.
- [4] Cribier B. Éditorial. À quoi bon classer les tumeurs annexielles cutanées ? *Ann Dermatol Venereol* 2014;141:255–7.
- [5] Cribier B, Battistella M. *Dermatologie, de la clinique à la microscopie. Tumeurs folliculaires bénignes*. Paris: Elsevier Masson SAS; 2015.
- [6] Kazakov DV, Michal M, Kacerovska D, McKee PH. *Cutaneous adnexal tumors*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p. 207–32.
- [7] Lazaridou E, Fotiadou C, Patsatsi A, Fotiadu A. Solitary trichoe-pithelioma in an 8-year-old child: clinical, dermoscopic and histopathologic findings. *Dermatol Pract Concept* 2014;4:55–8.
- [8] Picard A, Tsilika K, Cardot-Leccia N, Passeron T, Lacour JP, Bahadoran P. Trichoblastoma with dermoscopic features of a malignant tumor: three cases. *J Am Acad Dermatol* 2014;71:e63–4.
- [9] Pitarch G, Botella-Estrada R. Dermoscopic findings in trichoblastoma. *Actas Dermosifiliogr* 2015;106:e45–8.
- [10] Zaballos P, Serrano P, Flores G, Banuls J, Thomas L, Llambrich A, et al. Dermoscopy of tumours arising in naevus sebaceous: a morphological study of 58 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:2231–7.
- [11] Pitarch G, Botella-Estrada R. Dermoscopy of adamantinoid trichoblastoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016;30:320–5.
- [12] Ghigliotti G, De Col A, Bombonato C, Argenziano G. Trichoblastoma: is a clinical or dermoscopic diagnosis possible? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016;30:1978–80.