

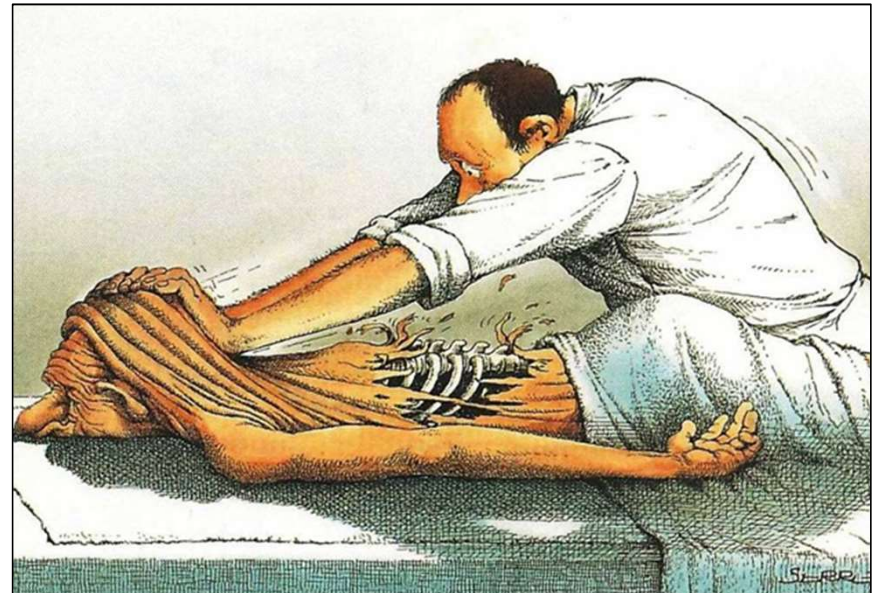
Cours de sémiologie dermatologique

Axel VILLANI
Dermatologie et Vénéréologie
Hôpital Edouard Herriot

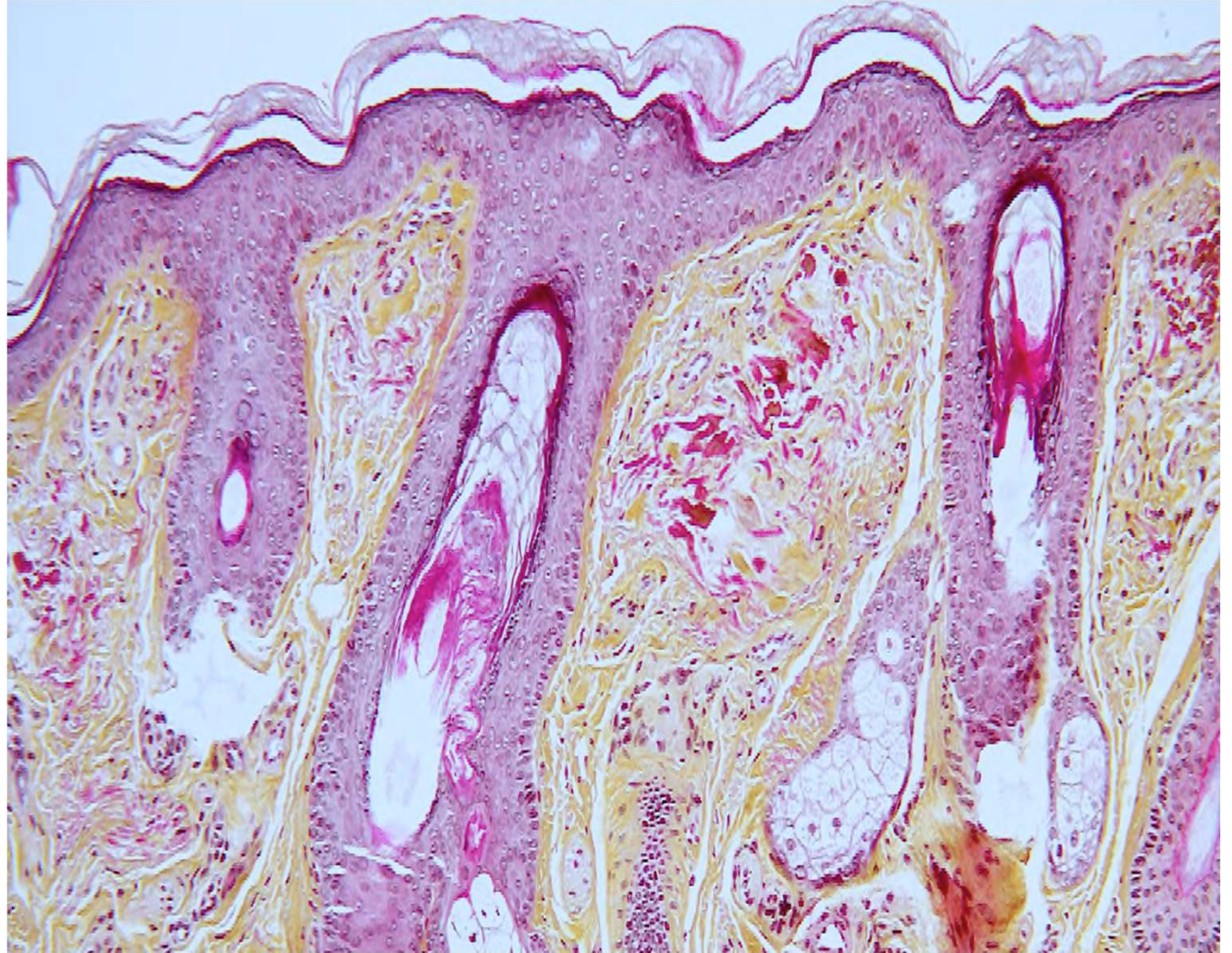


Introduction

- Environ 10% poids du corps
- Fonction barrière :
 - Environnement extérieur
 - Agents pathogènes
 - Températures
- Fonction thermorégulation
- Fonction neurosensitivité



- Peau normale
- Lisse – sauf microrelief
- 3 couches :
 - Epiderme
 - Derme
 - Hypoderme



Couche cornée

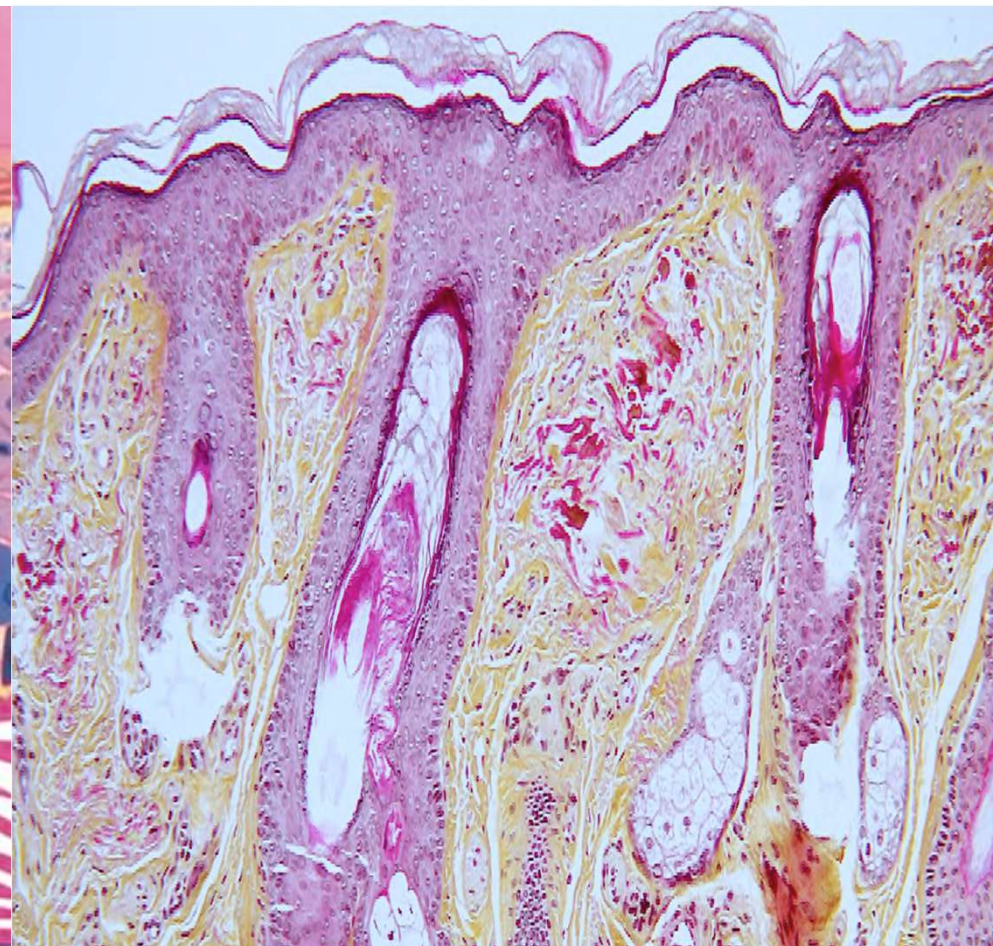
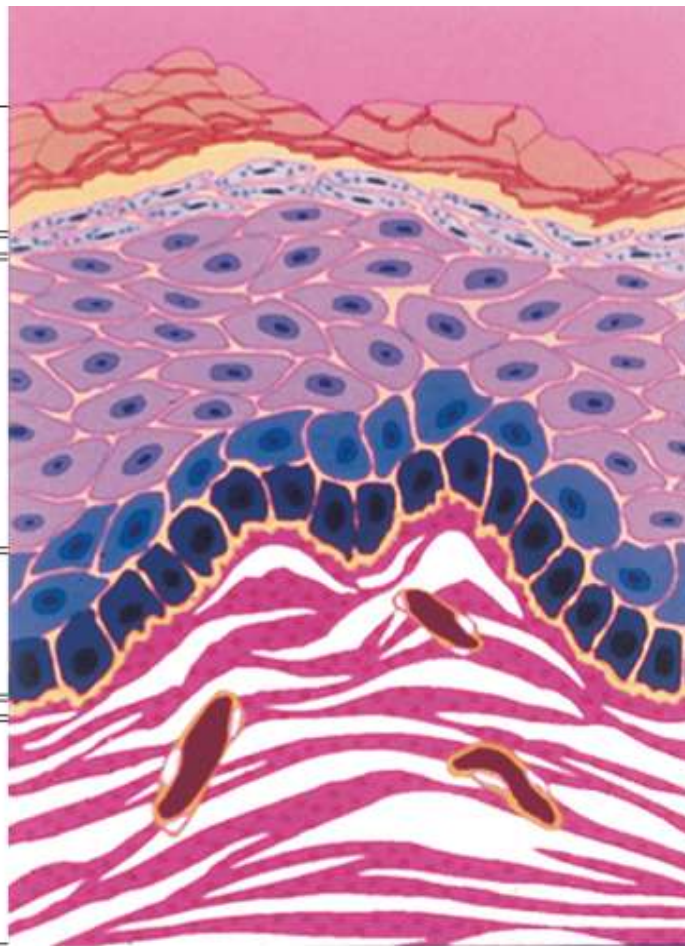
Couche
granuleuse

Couche
spinosum

Assise basale

Membrane
basale

Derme



La démarche diagnostique en dermatologie

Interrogatoire



Examen clinique



Hypothèses diagnostiques



« Tiroirs »

La démarche diagnostique en dermatologie

Hypothèses diagnostiques



« Tiroirs »



Inflammatoire ?

Traumatique ?
Induit/provoqué ?

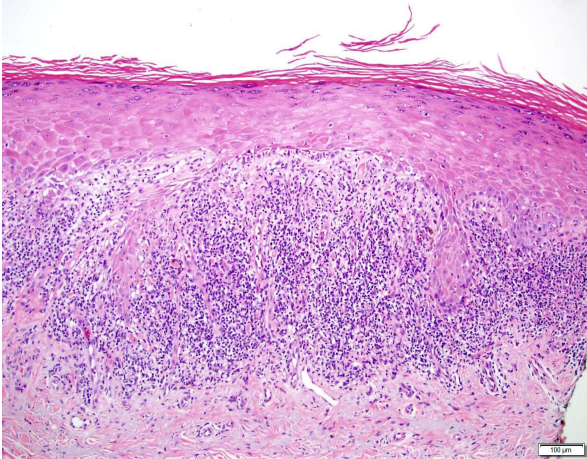
Infectieux ?

Carcinologique ?

Iatrogène ?
Toxidermies

Dg topographie ?
Visage ? Mains ?

Confrontation anatomo-clinique



**Les altérations cliniques permettent de suspecter le type d'atteinte :
épiderme/derme/hypoderme**

**Une surface cutanée en apparence normale signe que l'atteinte est
dermique ou hypodermique**

Anamnèse

- Permet souvent de suspecter le diagnostic ou de trier les situations
 - Situations courantes (acné etc.)
 - Lésions uniques (tumeur ? Cancer ?)
 - Situations complexes
- Il faut définir :
 - **MODE DE DEBUT :**
 - localisé oriente vers une cause externe
 - Brutal – diffus
 - L'aspect initial : « la lésion PRIMITIVE »
 - Médaillon initial du Pityriasis Rosé de Gibert
 - ECM – Maladie de Lyme
 - Mode d'EXTENSION
 - Lésions annulaire, extension centrifuge => dermatophytose
 - EVOLUTION : poussées/rémissions ? Aigu ? Chronique ?
 - Traitements appliqués :
 - Acné cortico-induite – rechercher des produits dépigmentant non pharmaceutiques
 - Peuvent modifier l'aspect clinique vu en consultation
 - Toujours penser à l'ENVIRONNEMENT EXTERIEUR : peau = porte d'entrée sur l'environnement
 - Soleil, froid, germes etc.

Mode de début



Evolution extensive



Lésion initiale puis éruption généralisée



Examen physique

- **Où faut-il regarder ????**

- PARTOUT !!!!!!!!!!!
- La peau => malade dénudé
 - Ne pas oublier les grands plis
 - Ne pas oublier les petits plis => inter-orteils, rétro-auriculaires, ombilic, paumes, plantes
- Les muqueuses : buccale et génitale
- Les phanères
 - Cheveux, poils, sourcils
 - Ne pas oublier LES ONGLES ! => cancer ? Mélanome ? Signes de dermatoses inflammatoires ? Etc.





Toujours déshabiller
Poser des questions, vérifier



Patient de 68 ans
Arrachement tablette
traumatique il y a 10-
15 ans

Depuis mauvaise
repousse, plusieurs
retraits de tablettes en
chirurgie

Consulte pour soins de
pansement

→ **Spinocellulaire**

Patiente 49 ans, suivi pour une sarcoïdose.

Lésion unguéale > 2ans

Biopsie au punch du lit distal : histologie sans particularités – PAS négatif



Biopsie latérolongitudinale → carcinome épidermoïde *in situ*

« Ça fait moins de 6 mois que c'est là docteur »



→ Spinocellulaire



Examen physique

• Comment observer ?

- Avec vos yeux



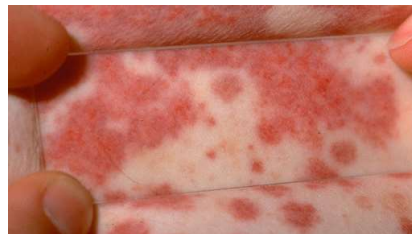
- Avec de la lumière – bon éclairage



- Avec une lumière de Wood



- Avec un « verre de montre »



Examen physique

• Comment analyser ?

- La nature de la lésion élémentaire
- Le groupement de ces lésions élémentaires sur une zone limitée
- La topographie

Lésions élémentaires primitives

Traduction morphologique du processus lésionnel – permettent de suspecter le mécanisme

Macules

Pustules

Papules et Nodules

Nouures

Kératoses

Vésicules et bulles

Lésions élémentaires secondaires

Représentent l'évolution d'un processus lésionnel initial

Squames

Sclérose

Croûtes

Atrophie

Excoriations

Cicatrice

Rhagades, fissures

Poïkilodermie

Ulcérations

Lichénification

Examen physique

• Comment analyser ?

- La nature de la lésion élémentaire

- Le groupement de ces lésions élémentaires sur une zone limitée

- La topographie

Définition	Aspect	Exemples
Plaques		
Zones de plusieurs cm ou dizaines de cm où les lésions confluent	À bords nets À bords émiettés	Psoriasis Eczéma
Linéaire		Hamartome épidermique, Koebner
Annulaire		Granulome annulaire
Arciforme		Mycosis fongoïde
Polycyclique		Urticaire
Herpétiforme		Dermatite herpétiforme
Zostériforme		Zona
En cocarde		Erythème polymorphe

Examen physique

• Comment analyser ?

- La nature de la lésion élémentaire
- Le groupement de ces lésions élémentaires sur une zone limitée
- La topographie



Visage : acné, lupus, sarcoïdose;
rosacée, dermite séborrhéique,
leishmaniose

Poignets : lichen

Coudes, genoux, sacrum :
psoriasis

Zones de contact : eczéma de
contact

Visage + mains + muqueuse
buccale : erythème polymorphe

Photodistribution : visage, dos des
mains, décolleté, épargne du
triangle sous-mentonnier, fonction
des vêtements

Examen physique

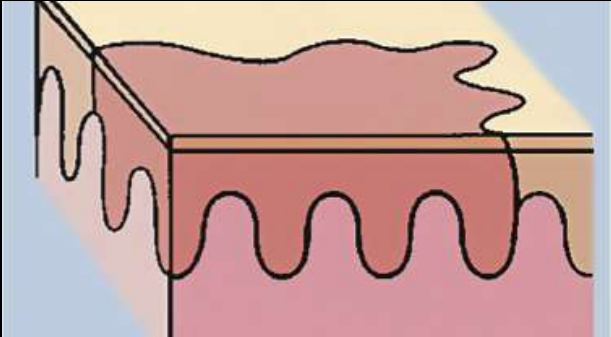
• Comment reconnaître les lésions ?

- Est-ce que la lésion est palpable ?
 - Lésion non palpable : macule
 - Lésion palpable : contenu solide : papule, plaque, nodule, kératoses
 - Lésion palpable : contenu liquide : vésicule, pustules, bulles
- Est-ce que la surface de la peau est normale ?
 - Oui : processus profond ?
 - Non : squames, excoriations, fissures, rhagades, ulcérations (perte de substance)
- Est-ce que la consistance de la peau est normale ?
 - Oui
 - Non : Atrophie, poïkilodermie, Cicatrices, sclérose

Examen physique

- **Comment reconnaître les lésions ?**
 - Est-ce que la lésion est palpable ?
 - Lésion non palpable : macule
 - Lésion palpable : contenu solide : papule, plaque, nodule, kératoses
 - Lésion palpable : contenu liquide : vésicule, pustules, bulles
 - Est-ce que la surface de la peau est normale ?
 - Oui : processus profond ?
 - Non : squames, excoriations, fissures, rhagades, ulcérations (perte de substance)
 - Est-ce que la consistance de la peau est normale ?
 - Oui
 - Non : Atrophie, poïkilodermie, Cicatrices, sclérose

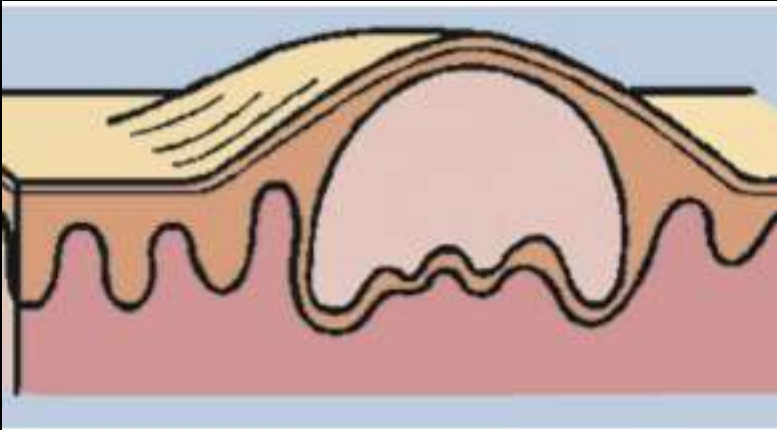
Macule : lésion plane, bien circonscrite



- Non palpable
- Uniquement visible
- Modification localisée de la couleur de la peau
- Rouge = érythème qui disparaît à la vitropression



Papule : lésion en relief, contenu solide, <1cm de diamètre

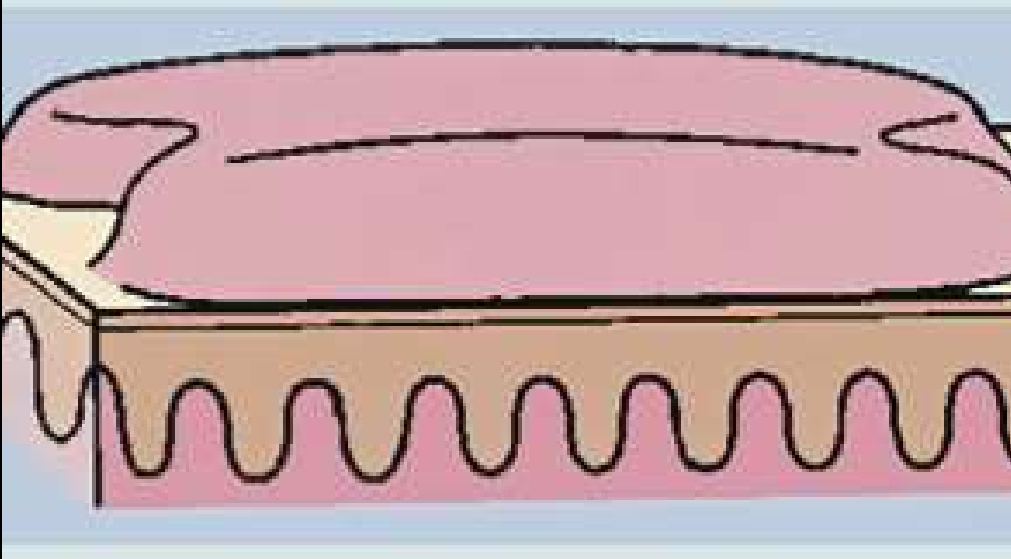


- Palpable
- Forme : polygonale, arrondie etc.
- Distribution : folliculaire? Non folliculaire?





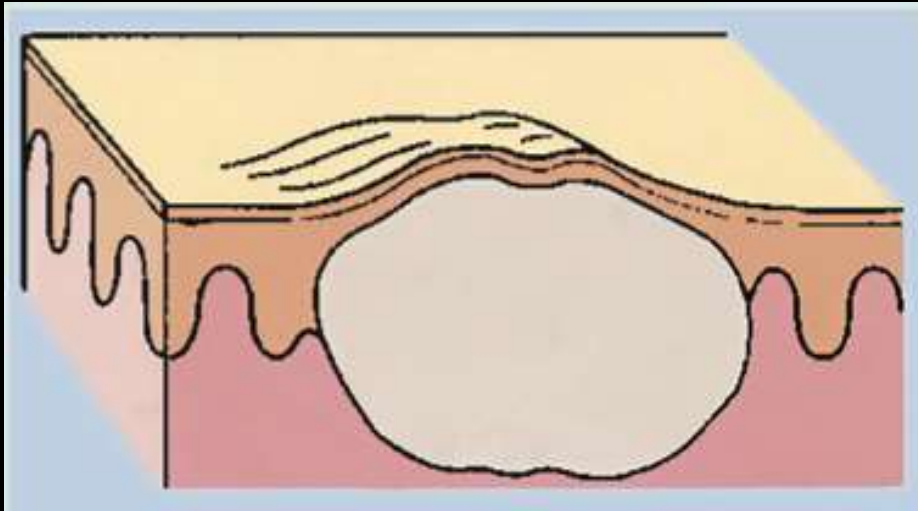
Plaque : lésions en relief, contenu solide, >1cm de diamètre



- Relief
- Plus étendues en surface qu'en hauteur



Nodule : lésion en relief, contenu solide, >1cm de diamètre, composante profonde



- Lésion ronde, hémisphérique
- Contenu solide
- >5cm et solide = Nouures
- >5cm et phase de ramollissement +/-
ulcération centrale = Gommages





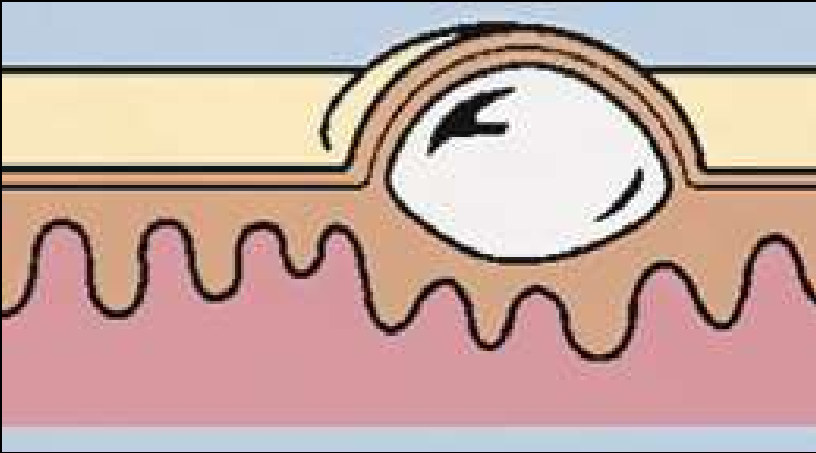
Gomme tuberculeuse



Nouures



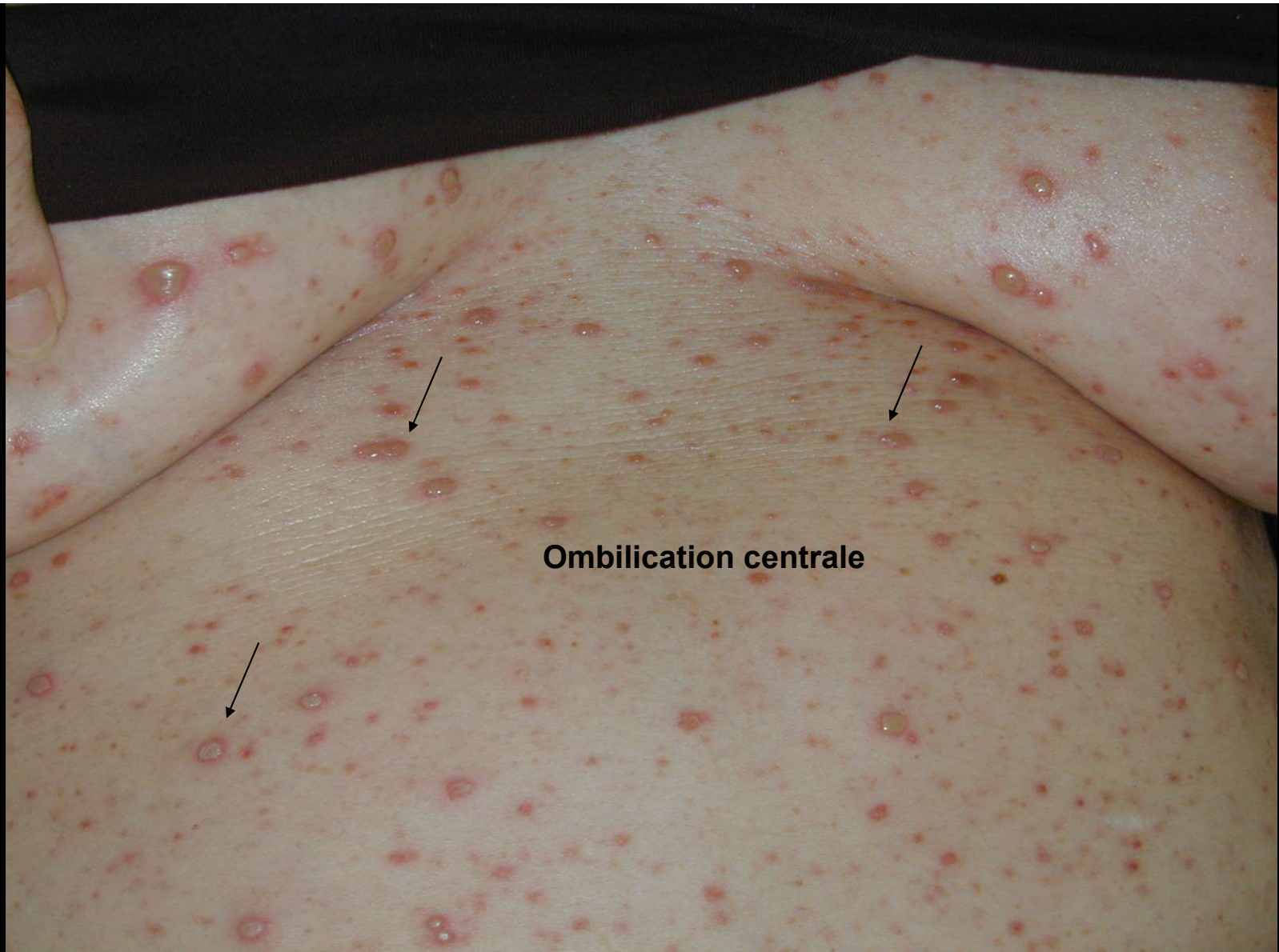
Vésicule : papule avec contenu liquidien clair/translucide



**Groupées en
« bouquet »**







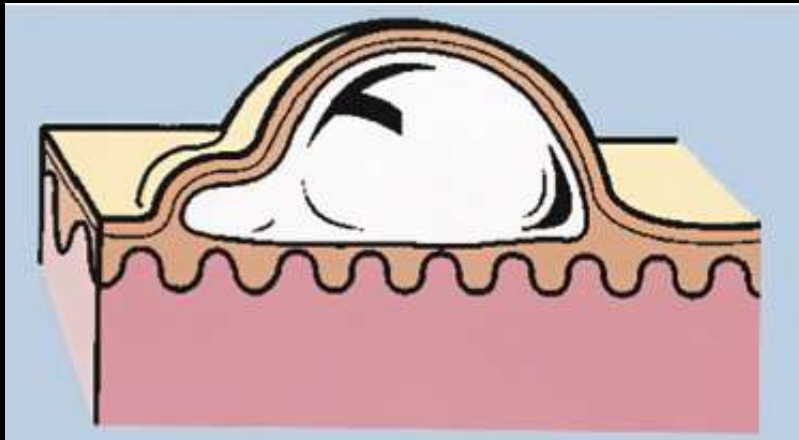
Ombilication centrale



**Lésions post-
vésiculeuses/bulleuses**



Bulle : Collection liquidienne claire, diamètre >1 cm



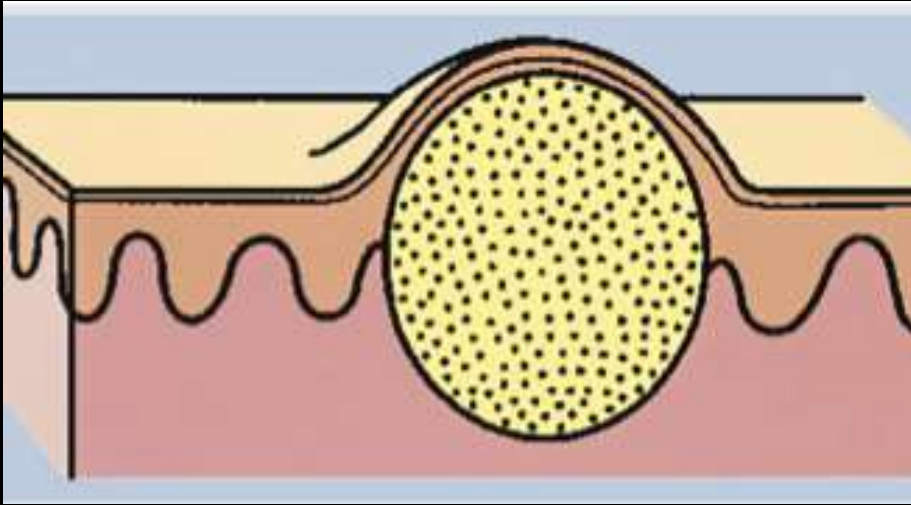








Pustule : papule qui contient du matériel purulent



- Inflammatoire ?
- Infectieux ?
- Folliculaire ? Non folliculaire ?





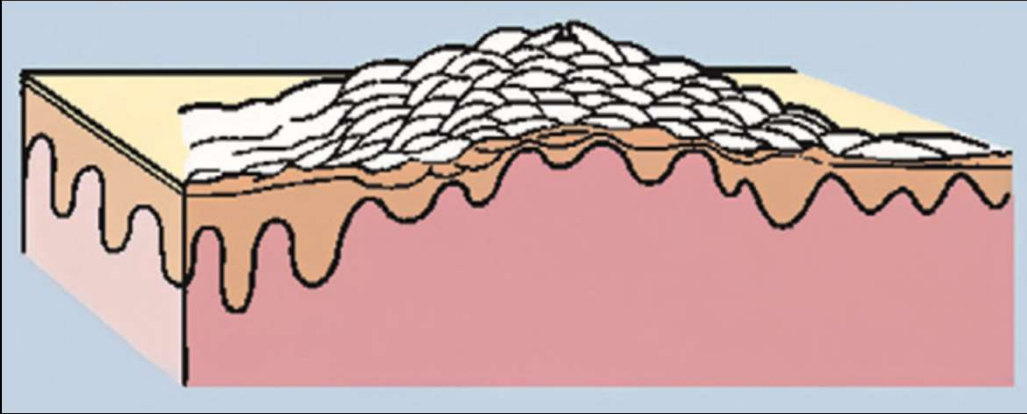


Examen physique

• Comment reconnaître les lésions ?

- Est-ce que la lésion est palpable ?
 - Lésion non palpable : macule
 - Lésion palpable : contenu solide : papule, plaque, nodule, kératoses
 - Lésion palpable : contenu liquide : vésicule, pustules, bulles
- Est-ce que la surface de la peau est normale ?
 - Oui : absence d'atteinte épidermique - processus profond ?
 - Non : squames, excoriations, fissures, rhagades, ulcérations (perte de substance)
- Est-ce que la consistance de la peau est normale ?
 - Oui
 - Non : Atrophie, poïkilodermie, Cicatrices, sclérose

Squames



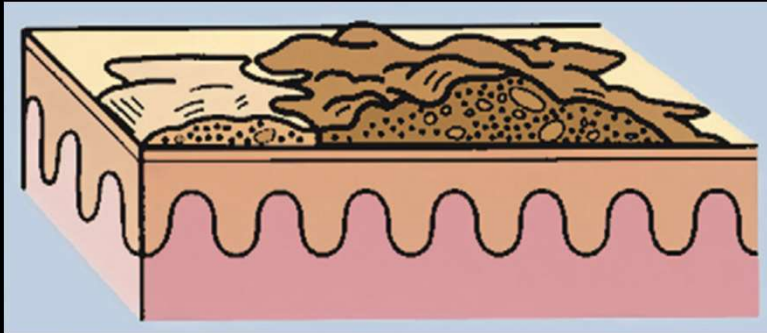
- Lamelles de cellules cornées
- Squames scarlatiniformes en « lambeaux »
- Squames en collerette : petites, fines et adhérentes en périphérie
- Squames pityriasiformes : petites, fines et peu adhérentes
- Squames ichtyosiformes : grandes, larges, polygonales comme écailles de poissons
- Squames psoriasiformes : blanches, brillantes, larges,







Croûtes



Lésion secondaire à la coagulation d'un exsudat séreux, hémorragique ou purulent

Qu'est ce qui se cache derrière la croûte ????

- retirer/biopsier selon circonstances

Cancer ??????????



Kératose

- Épaississement corné plus large que haut
- Lésion sèche, impression de rugosité
 - K actinique (base érythémateuse)
 - K folliculaire (K pilaire ou maladie de darier)
 - K palmo plantaire (psoriasis)



Corne

- Épaississement corné plus haut que large
- Carcinome épidermoïde bien différencié



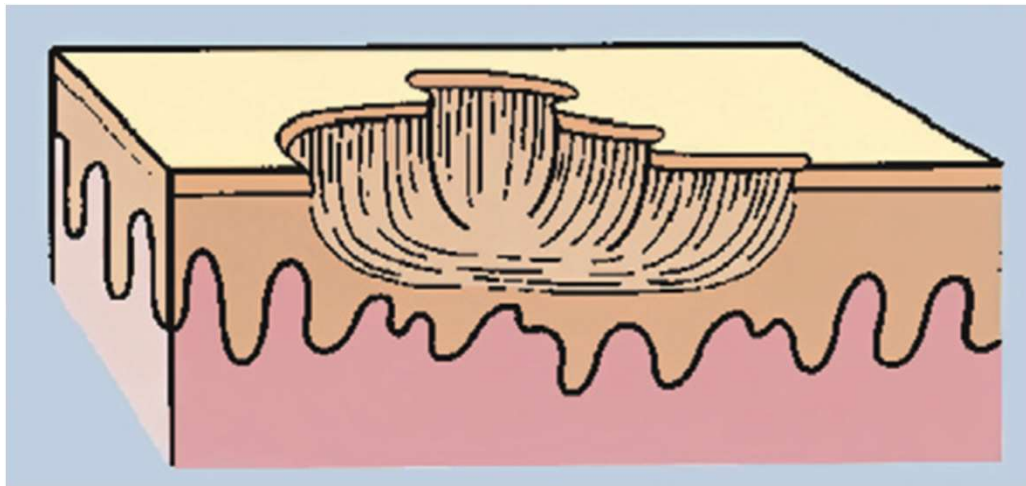
Examen physique

• Comment reconnaître les lésions ?

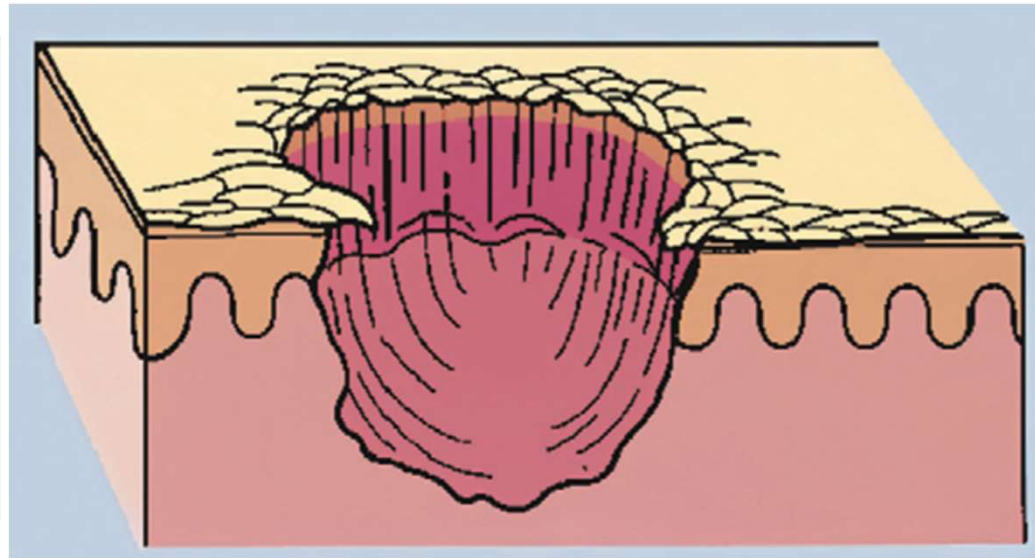
- Est-ce que la lésion est palpable ?
 - Lésion non palpable : macule
 - Lésion palpable : contenu solide : papule, plaque, nodule, kératoses
 - Lésion palpable : contenu liquide : vésicule, pustules, bulles
- Est-ce que la surface de la peau est normale ?
 - Oui : absence d'atteinte épidermique - processus profond ?
 - Non : squames, excoriations, fissures, rhagades, ulcérations (perte de substance)
- Est-ce que la consistance de la peau est normale ?
 - Oui
 - Non : Atrophie, poïkilodermie, Cicatrices, sclérose

Perte de substance

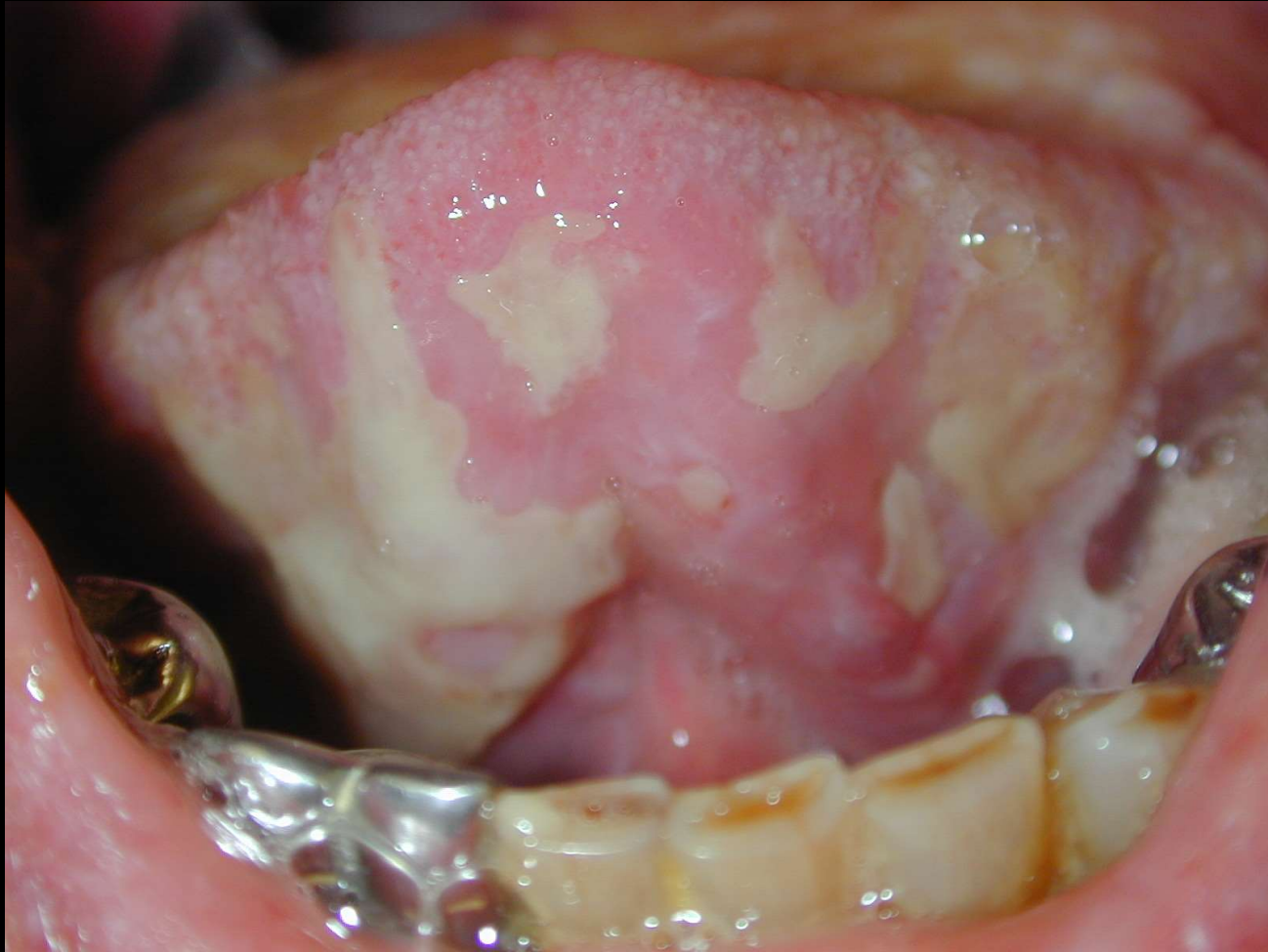
Erosion



Ulcération



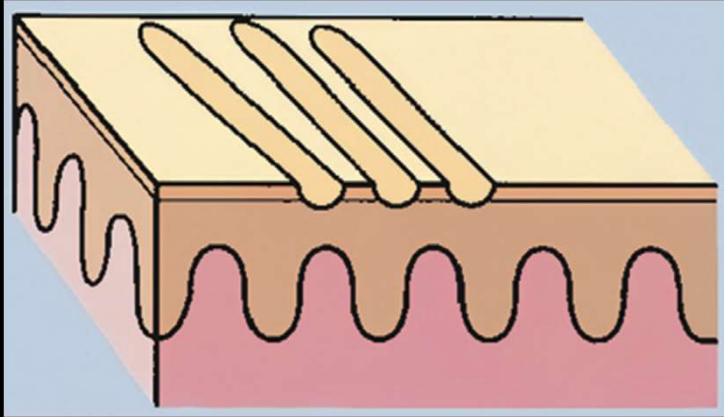








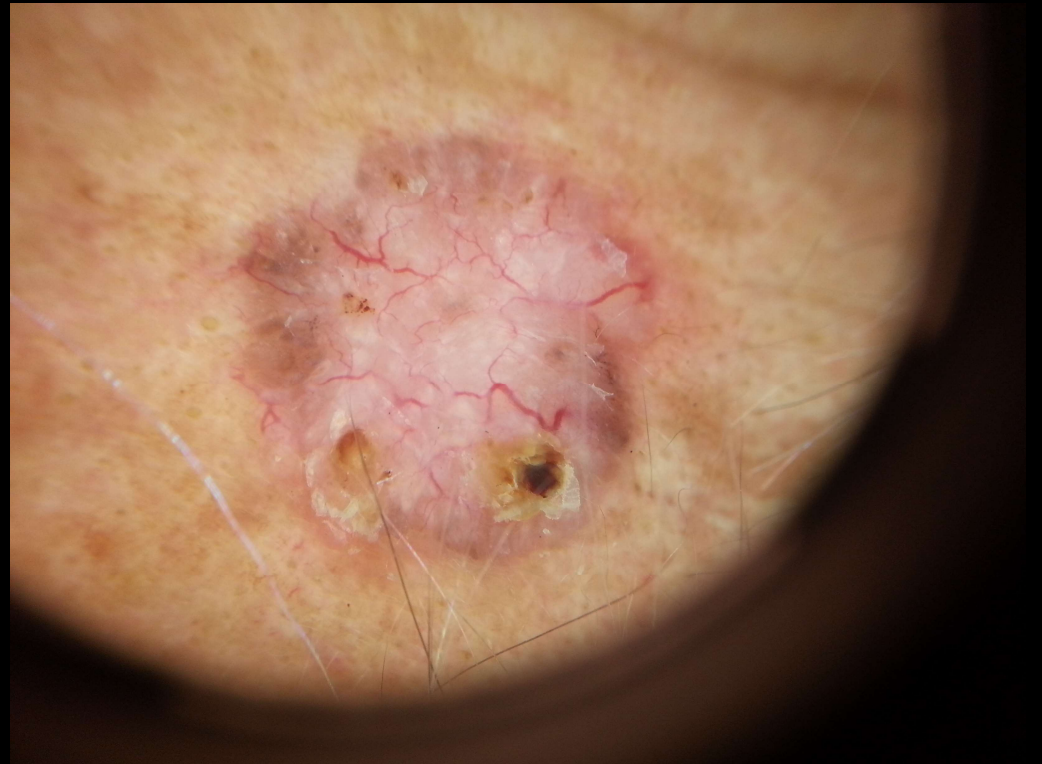
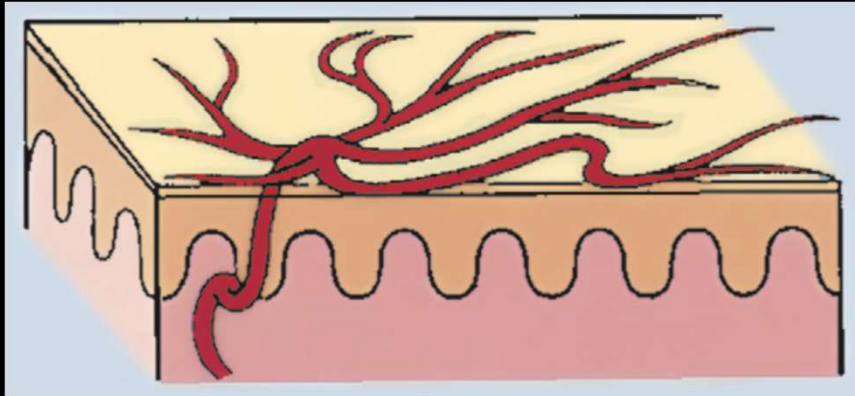
Stries linéaires



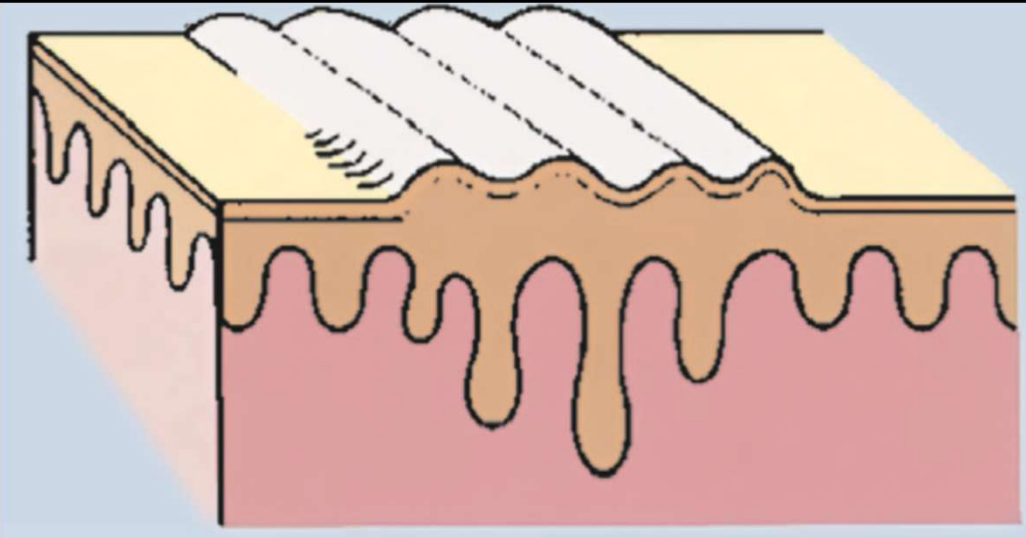
- Prurit ?
- Lésions de grattage ?



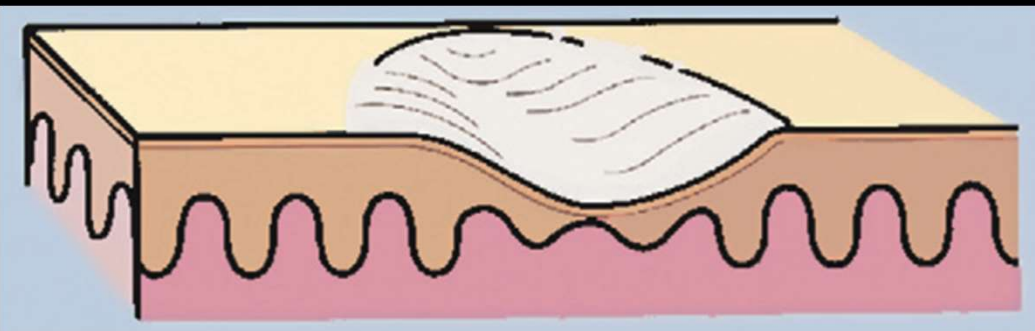
Télangiectasies



Cicatrice



- Hypertrophiques



- Atrophiques

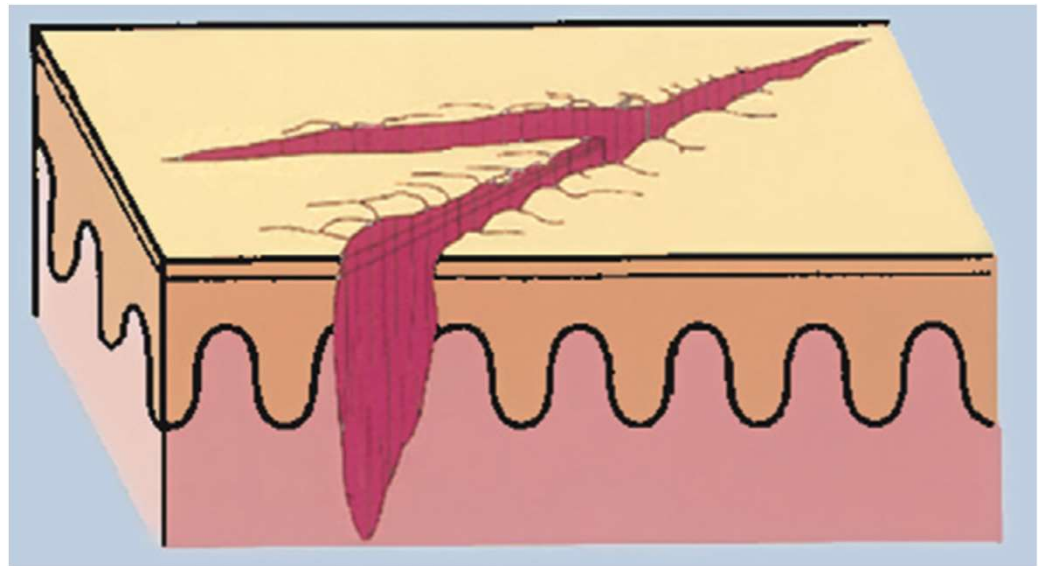








Fissures, rhagades



Tumeurs cutanées

- Épidermiques
 - Carcinomes, mélanome
- Éléments du derme
 - neurofibrome
- Métastase, lymphome

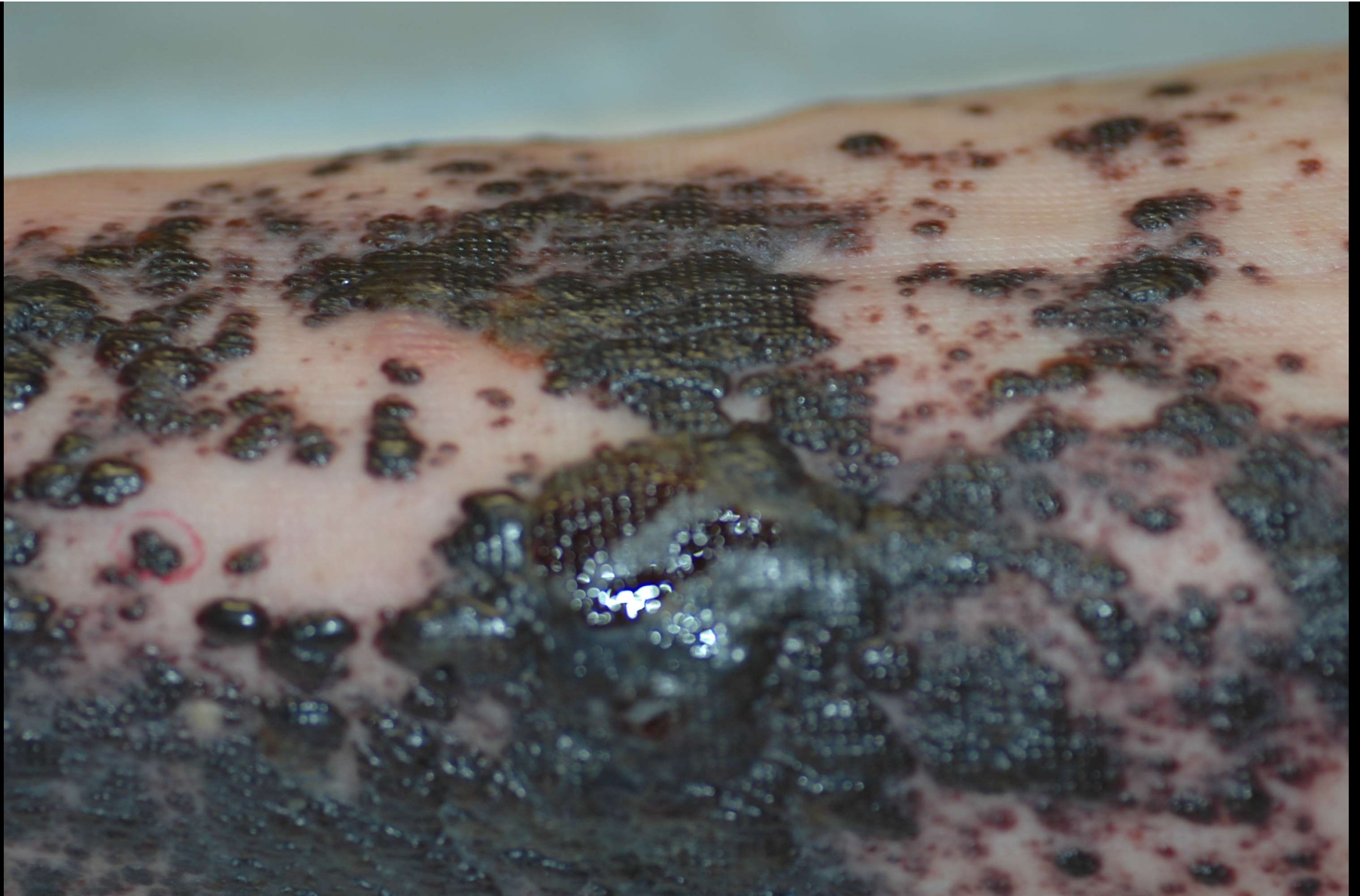














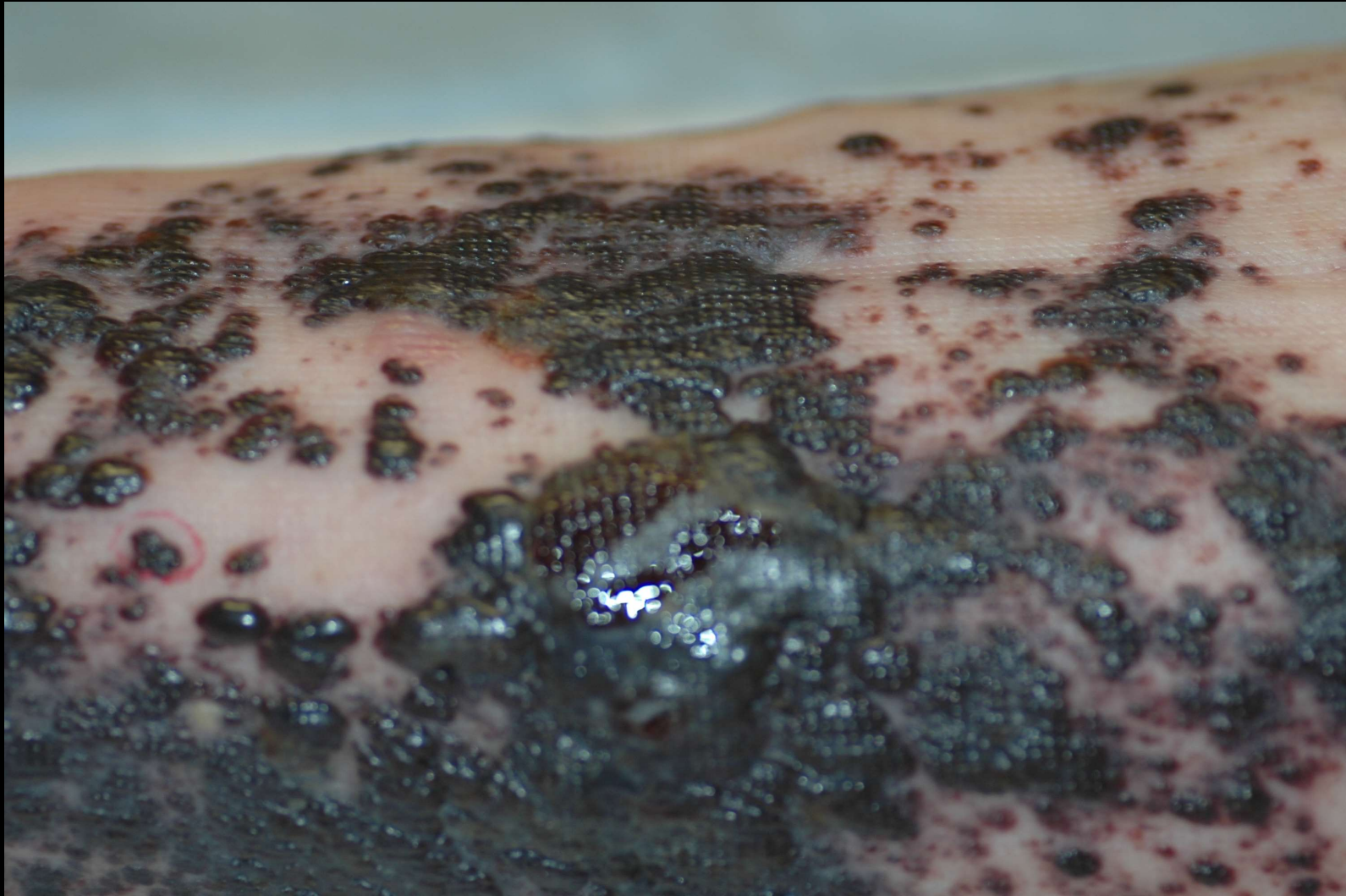












Cas cliniques









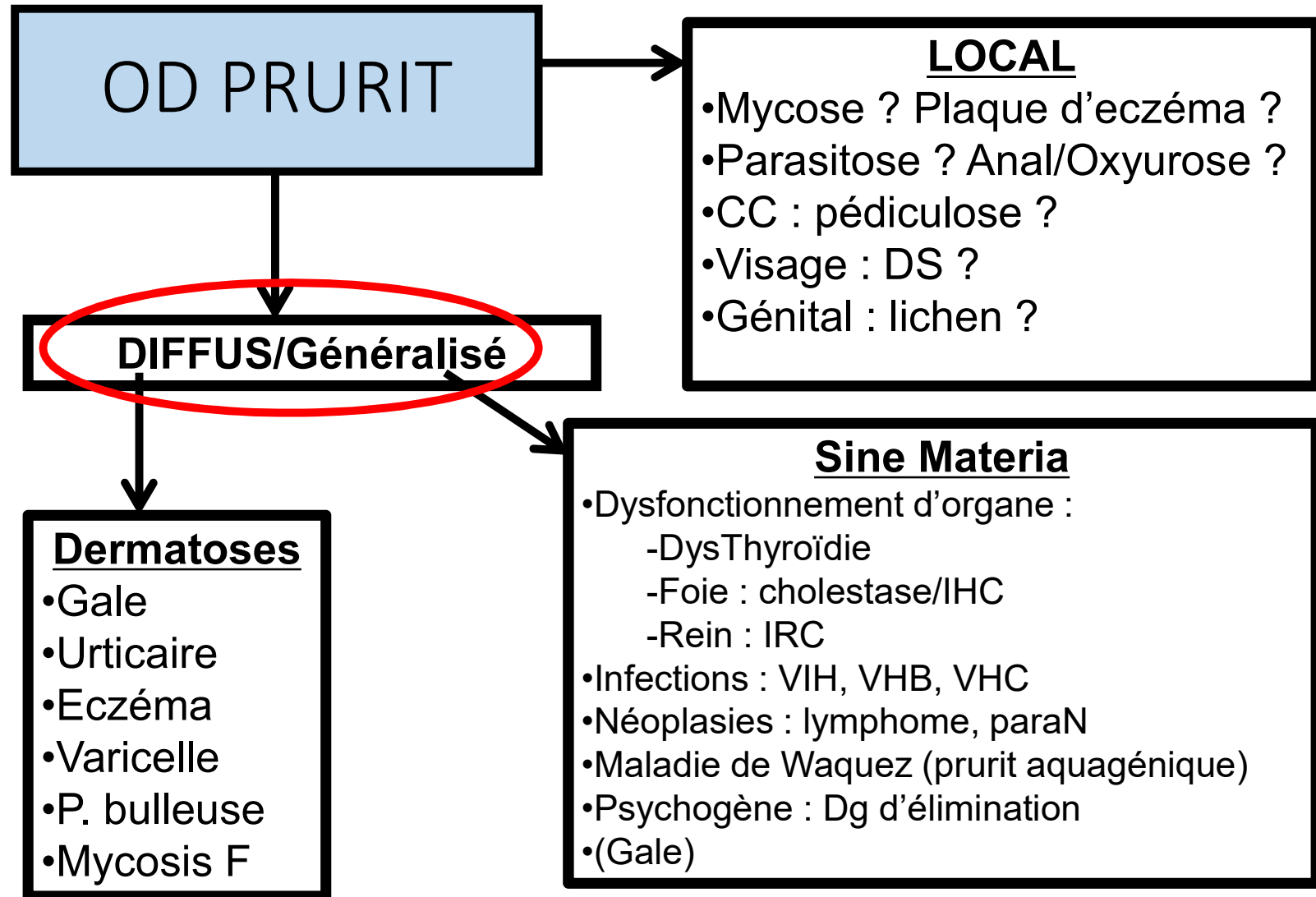






Prurit

- « Maître » symptôme fonctionnel en dermatologie
- Nombreuses dermatoses prurigineuses mais différents types de prurit :
 - Mode de déclenchement – facteur déclenchant
 - Chronologie
 - Topographie : local vs généralisé
 - Intensité



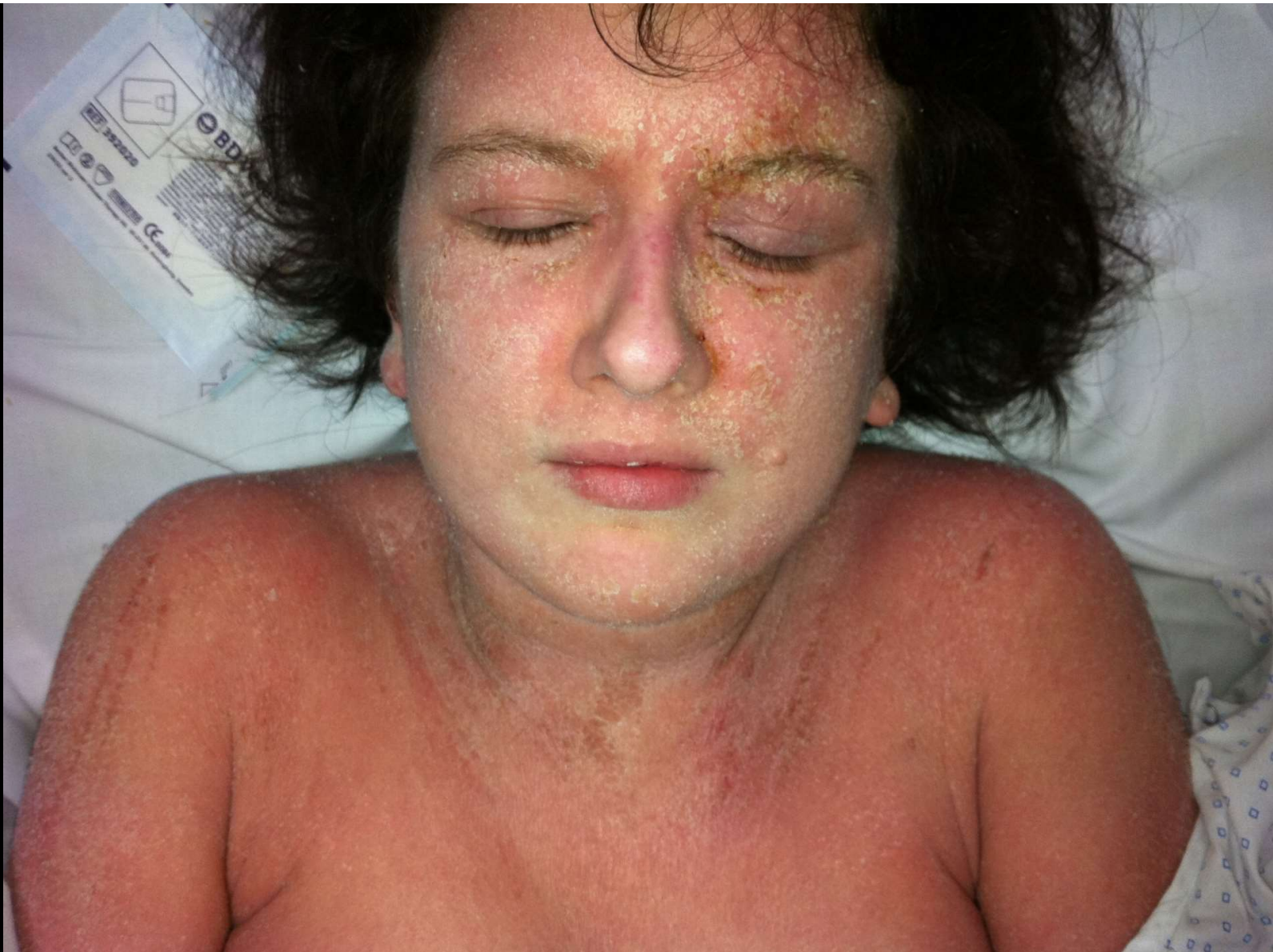
Caractéristiques du prurit de la gale

- Caractère féroce
- Prédominance vespérale
- Caractère insomniant
- Notion de contagé









Lésions traumatiques

- Stries linéaires : mécanique, prurit
- Lésions figurées : rechercher un facteur de contact, évoquer une pathomimie, quelques rares dermatoses figurées
- Phénomène de Koebner





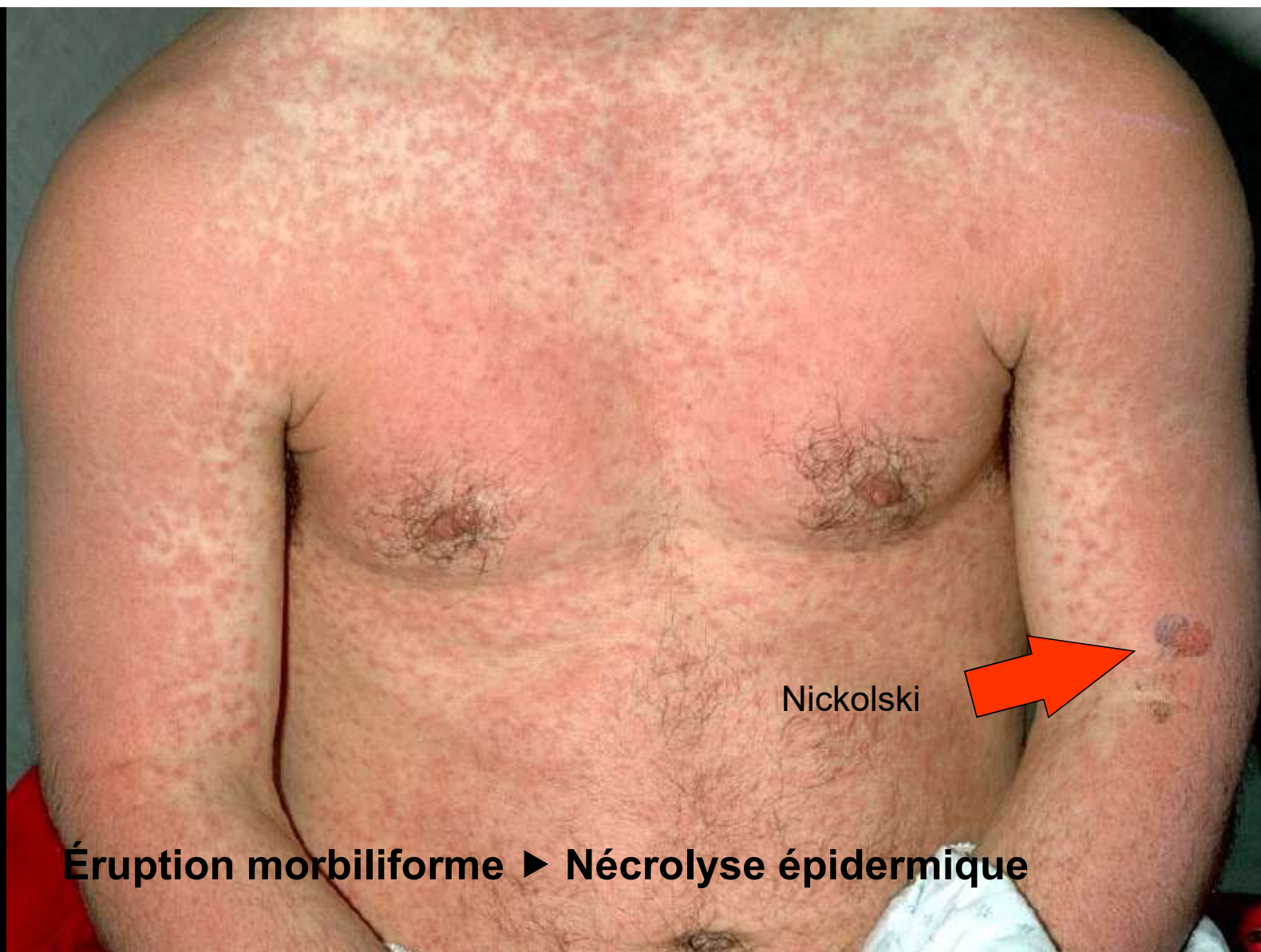






Koebner

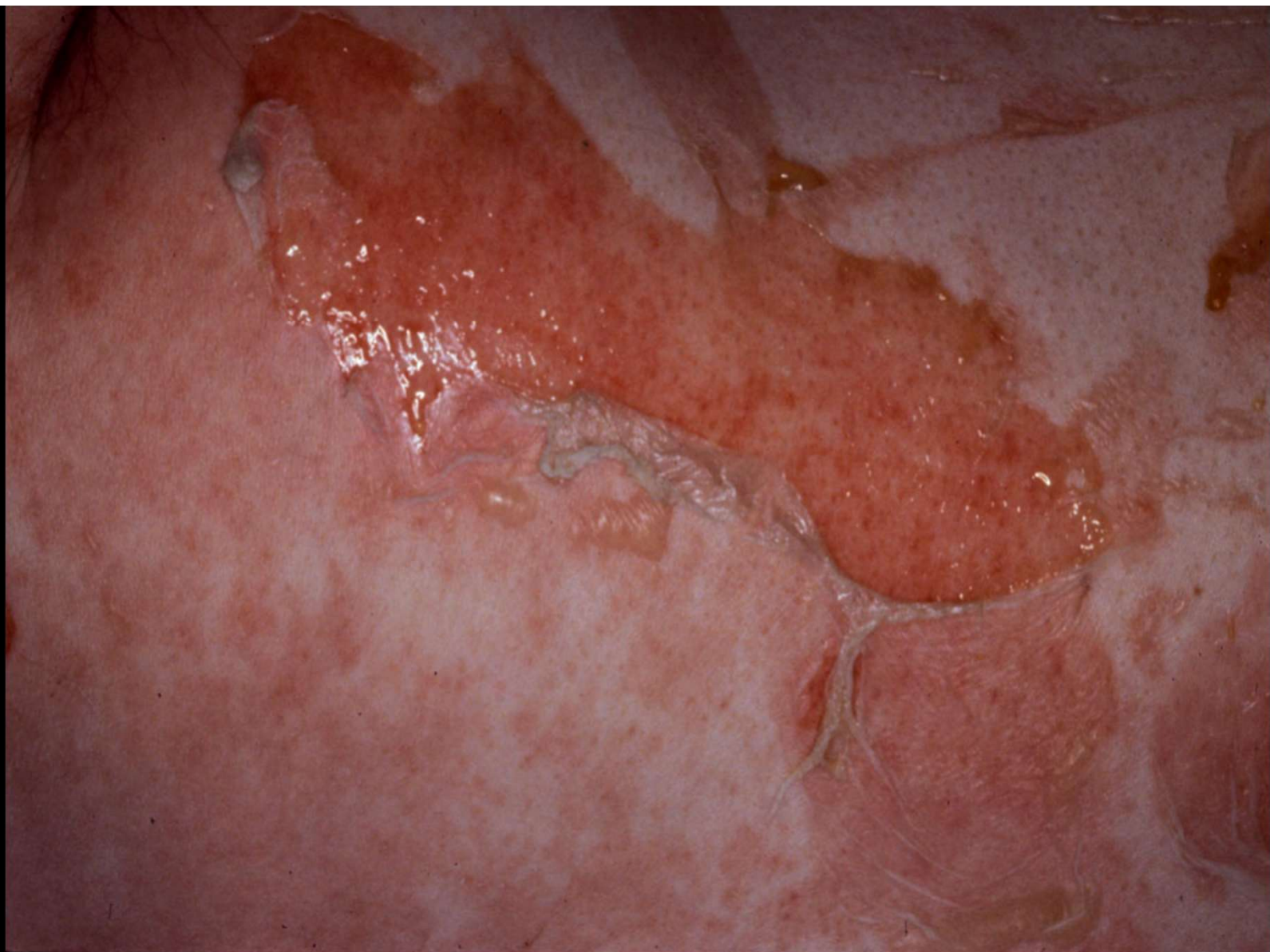
- Lésions cutanées déclenchées par des traumatismes
- Lésions cutanées sur cicatrice pré-existante
- 3 dermatoses essentiellement :
 - Psoriasis
 - Lichen
 - Sarcoïdose
- Phénomène inverse = phénomène de Renbök



Éruption morbiliforme ► Nécrolyse épidermique























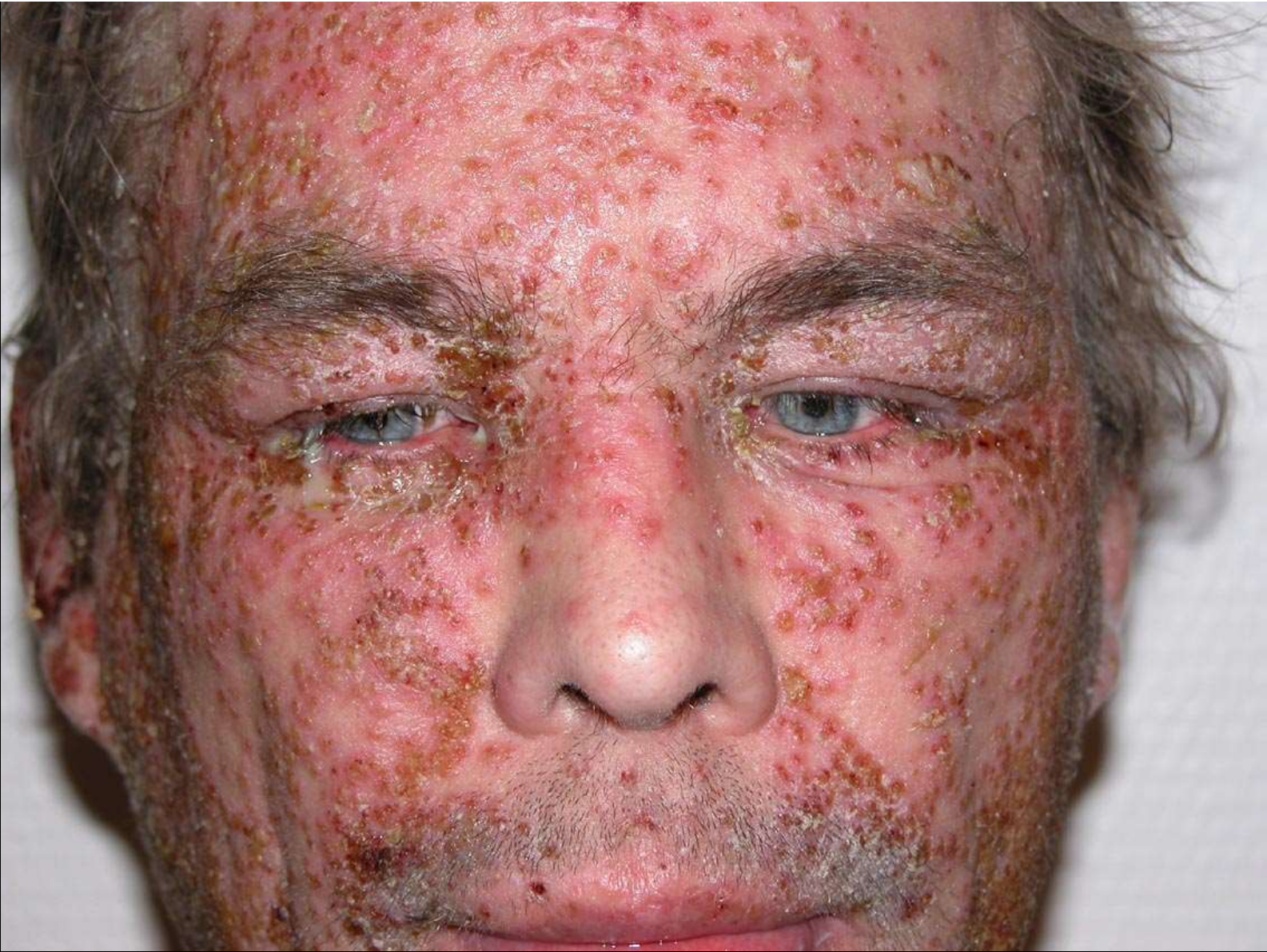








Céphalée fébrile...



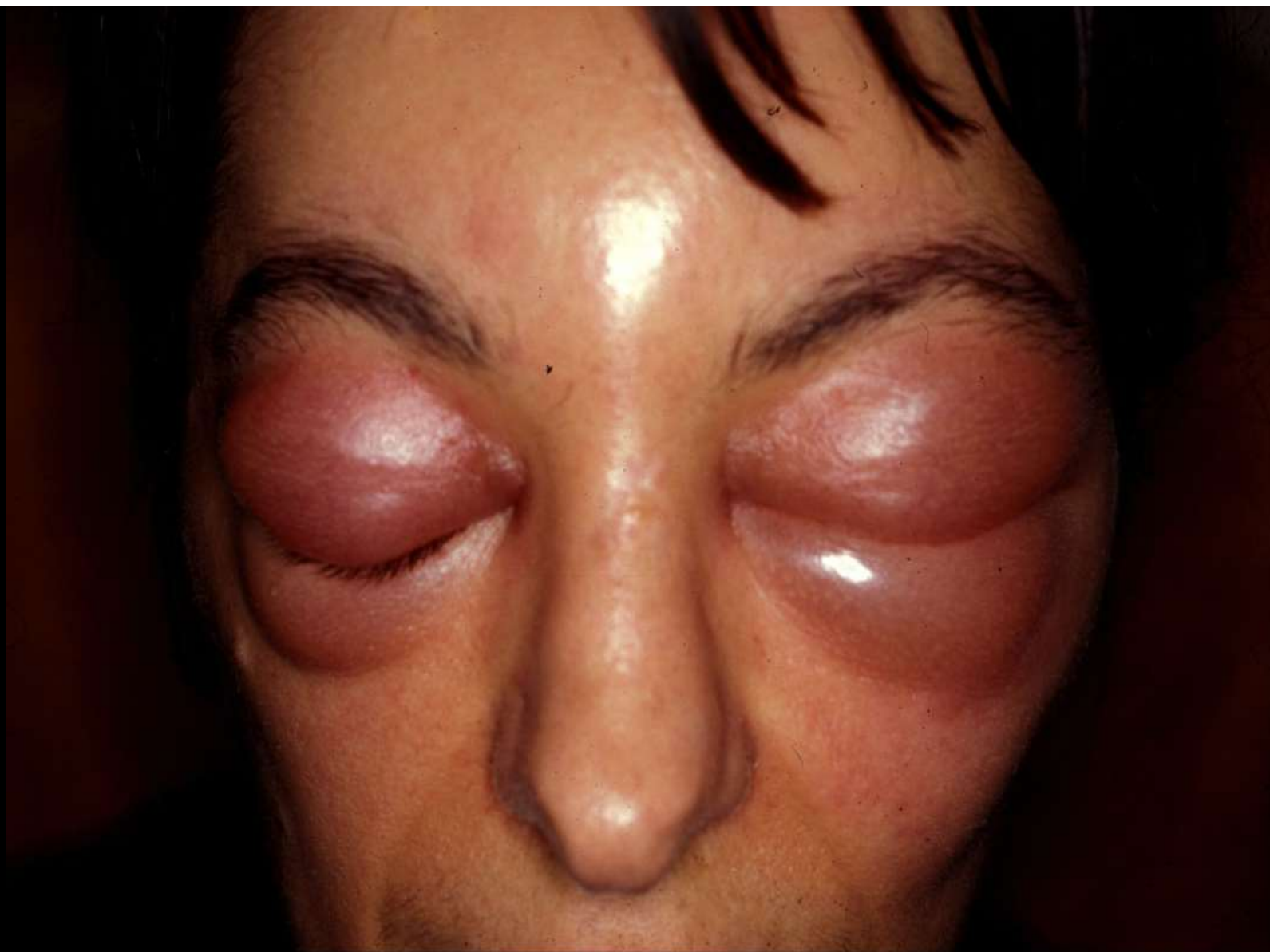










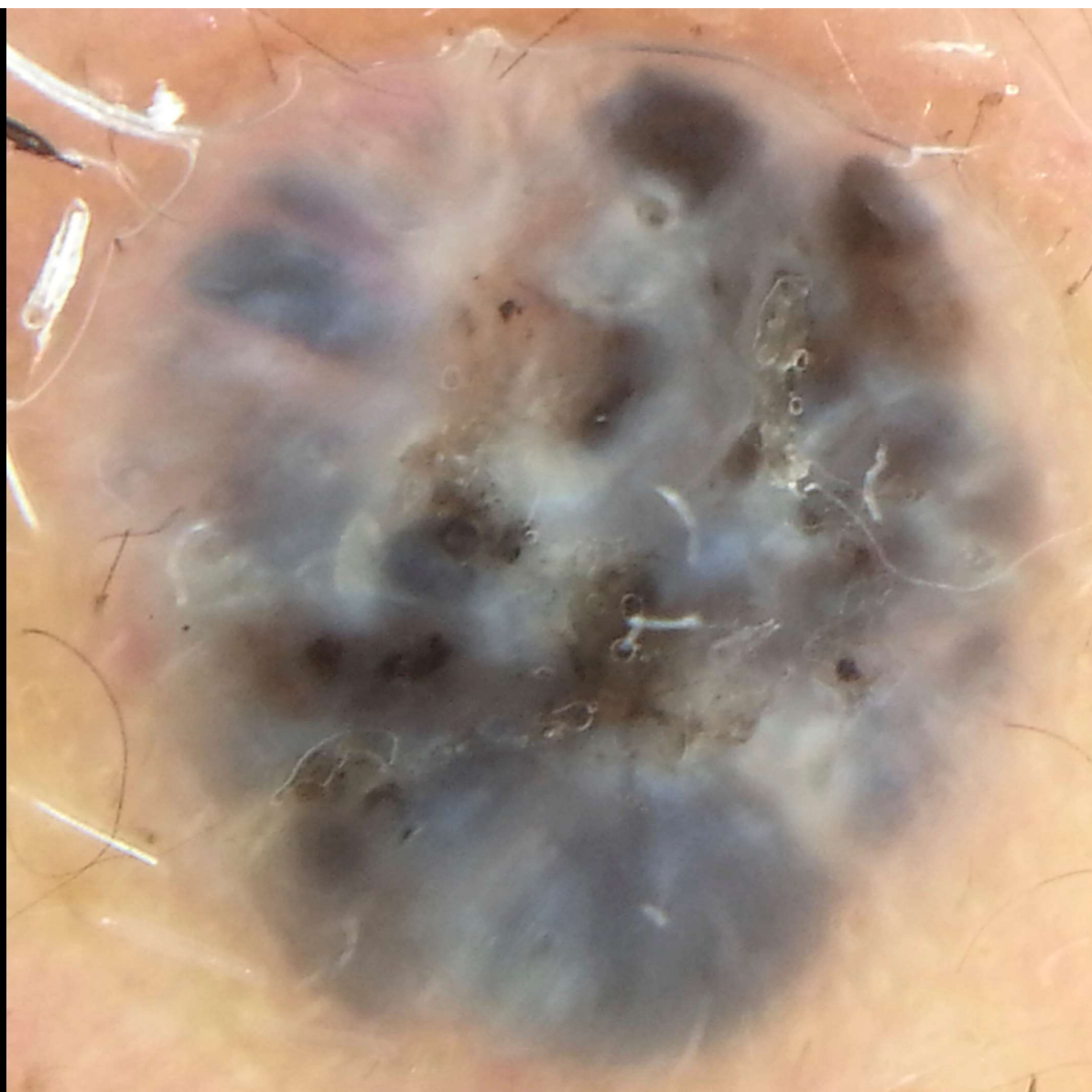
























































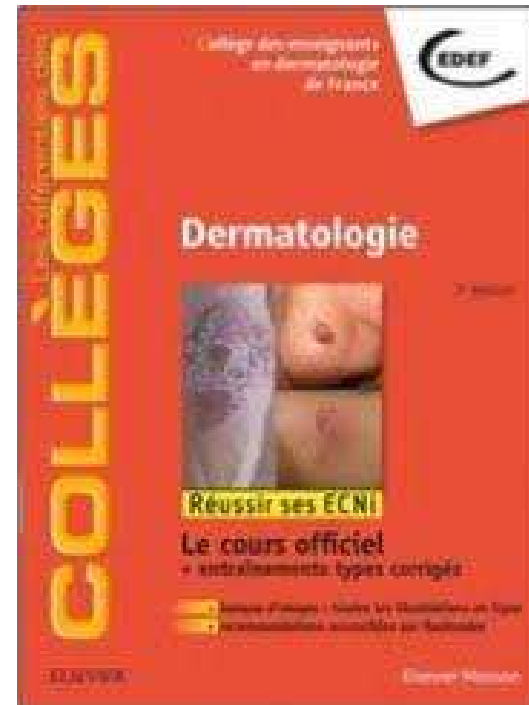




Conclusions

Questions : axel.villani@chu-lyon.fr

- Anamnèse !!!!
- Examen corps entier !!!!!
- Spécialité clinique
- Stratégie d'analyse :
 - Lésion palpable ?
 - Surface altérée ?
 - Consistance peau ?



https://document.cedef.org/enseignement/comprendre_la_peau/3_Semiologie_dermato.pdf