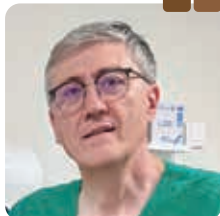


VIGNETTE DERMATO-IMAGERIE



JL. PERROT
Dermato-Oncologie-Allergologie,
CHU NORD,
Saint-Etienne, France



C. DORADO CORTEZ
Dermato-Oncologie-Allergologie,
CHU NORD,
Saint-Etienne, France



A. GEREST
Dermato-Oncologie-Allergologie,
CHU NORD,
Saint-Etienne, France

IMAGERIE OPTIQUE MODERNE DU CARCINOME BASOCELLULAIRE DE SOUS TYPE NODULAIRE : UN ESTARICONOGRAPHIE PARDIFFÉRENTS PAPPARAZZI

Pour inaugurer ce nouveau projet de la Revue des Jeunes Dermatologues, nous avons choisi de vous présenter des images d'une lésion classique et bien connue observées avec différentes caméras qui nous apportent des informations complémentaires pour bien caractériser la lésion. Nous pensons que ces outils actuellement peu diffusés seront considérés comme d'utilisation courante dans les années à venir.

Le CBC a été formellement identifié et décrit pour la première fois au XIX^{ème} siècle par E. Krompecher et A. Von Kölliker.

Nous vous présentons un Carcinome basocellulaire nodulaire avec une image dermoscopique en mosaïque de l'appareil LC-OCT (DAMAE®, Paris, France). L'image en mosaïque nous permet d'obtenir une vision dermoscopique complète de la lésion dans une seule et unique image.

C'est une technique pratique pour les lésions qui sont assez volumineuses. Cette première dermoscopie montre une présentation classique avec plusieurs éléments typiques d'un CBC comme les vaisseaux en arborescence, de nids ovoïdes, de globules pigmentés et de régression (Figure 1).

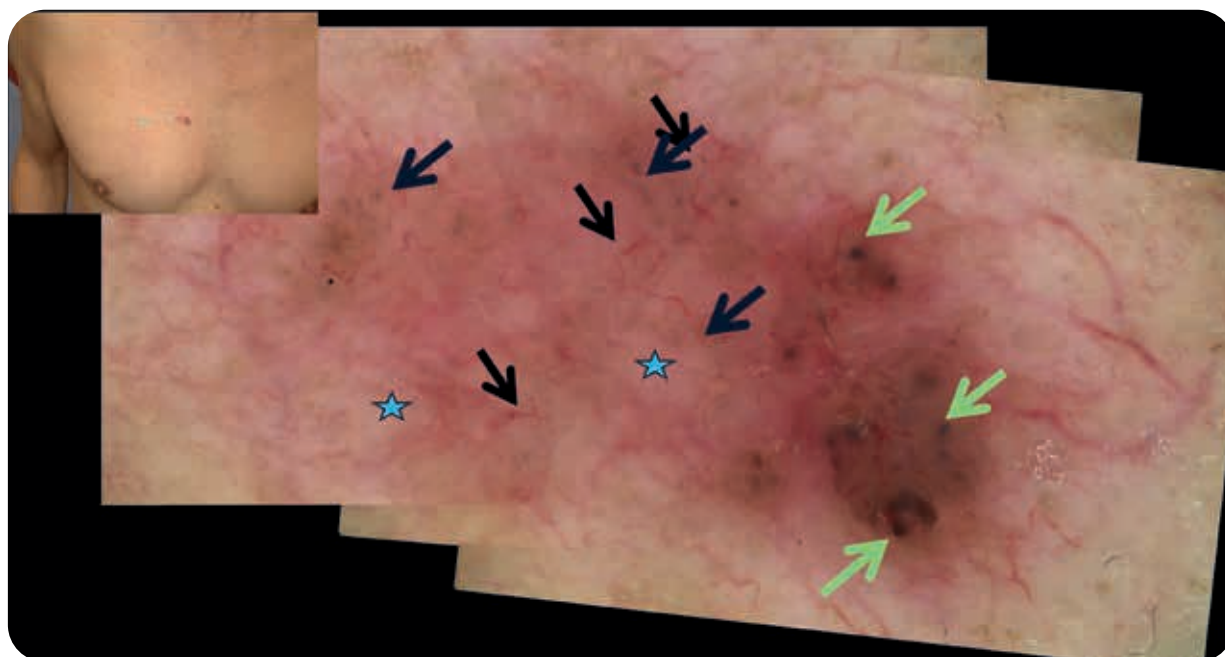


Figure 1 : Présentation d'un carcinome basocellulaire avec de vaisseaux en arborescence (flèches vertes), Nids ovoïdes (Flèches noires), Globules pigmentées de taille moins importante que les nids ovoïdes (flèches grises) et zones de régression (étoile bleu).

Il existe aussi une dermoscopie super magnifiée x400 grâce au dispositif FotoFinder® (FotoFinder, Birnbach, Allemagne) ou une dermoscopie super magnifiée en fluorescence

x600 grâce à l'appareil HORUS® (Adamo Srl, Trapani Italie), (Figure 2A et 2B). Ces deux images nous permettent d'apprécier la sémio-logie fine des lésions. Cependant,

nous constatons une difficulté à positionner toutes ses éléments dans une lésion tridimensionnelle.

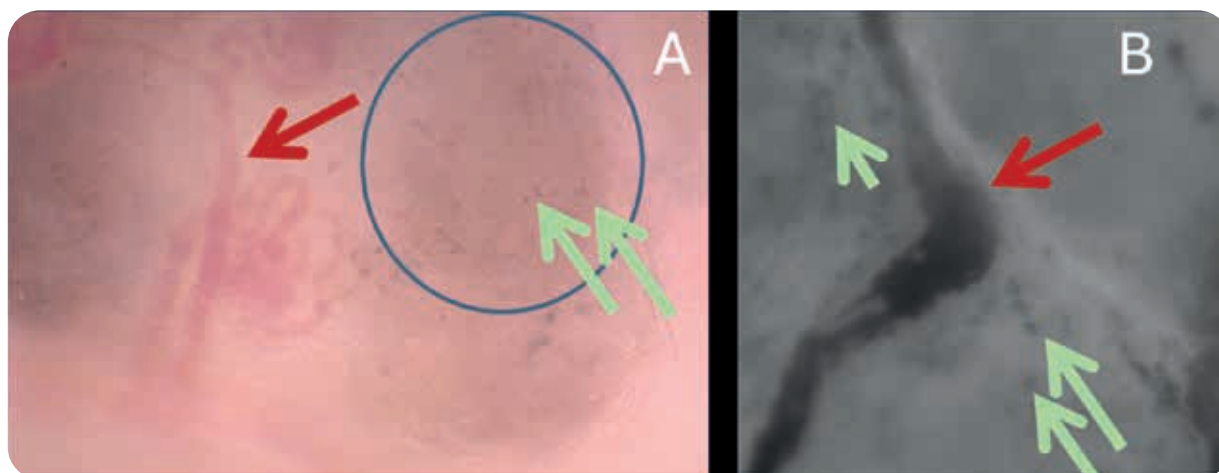


Figure 2A : Dermoscopie x400 (Fotofinder®) qui nous permet d'observer des vaisseaux arborescents (flèches rouges) accompagnés de nids ovoïdes (cercle bleu) au sein desquels on constate des cellules pigmentées dendritiques fines (flèches vertes), mélanocytes.

Figure 2B : Dermoscopie x600 (Horus®) avec un vaisseau dilaté (segment de vaisseau arboréscent-Flèche rouge) entourées de cellules hyper reflétantes dendritiques fines, mélanocytes (flèches verte).

Pour compléter l'analyse de notre lésion, nous pouvons quasi-confirmer le diagnostic in vivo sans geste invasif via une imagerie par microscopie confocal ou par tomographie

par cohérence optique confocale en champ linéaire LC-OCT (Figure 3A et 3B respectivement). L'innovation de l'imagerie par LC-OCT permet de colocaliser les images du confocal

en présentation coronal comme vu par les pathologies, l'image confocal transverse et l'image dermoscopique.

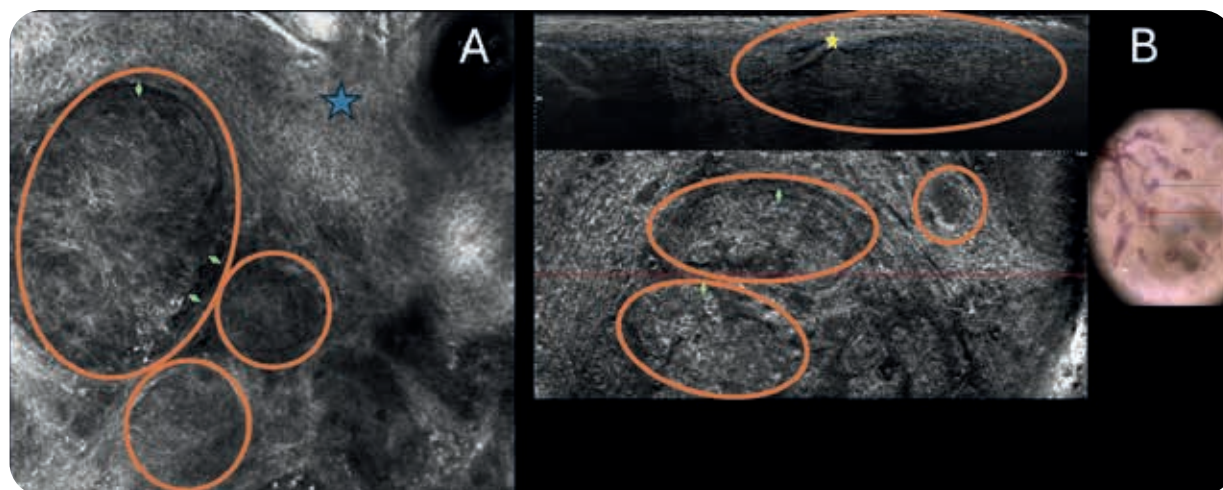


Figure 3A : Image confocal obtenue grâce au Vivascope® (Caliber Rochester, NY USA) présentant un de multiples îlots basaloïdes (cercle orange), un clefting des îlots (flèche verte) et un épiderme respecté avec un patron en nids d'abeille (étoile bleu).

Figure 3B : Colocalisation de l'appareil LC-OCT (DAMAE Medical®R)® présentant de multiples îlots basaloïdes (cercle orange) lors de la coupe coronale et transversale. Ainsi que le clefting des îlots et cet aspect en millefeuille de l'épiderme compatible avec la déformation existante suite pression qui exerce cet îlots (étoile jaune).