

## Tumeur squamo-mélanocytaire ou matrixome mélanocytaire, un piège diagnostique anatomo-clinique

G.E. PIÉRARD (1, 2), C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (3), J-L. NIZET (4)



Figure 1. Tumeur squamo-mélanocytaire d'aspect globuleux.

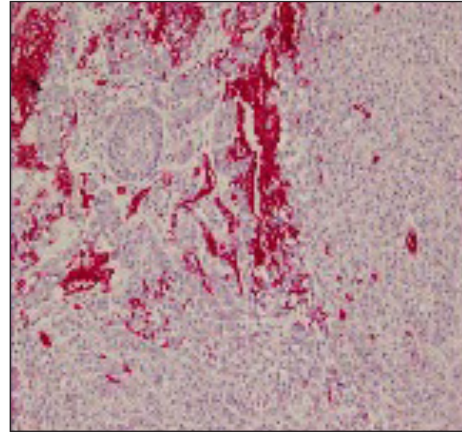


Figure 2. Présence de deux populations cellulaires aux phénotypes distincts (lignée mélanocytaire en rouge).

Parmi les néoplasies malignes de la peau, le mélanome et le carcinome spinocellulaire occupent une place de choix. D'une manière exceptionnelle, la tumeur squamo-mélanocytaire est décrite (1-4) en tant que néoplasie solitaire combinant les aspects du mélanome et du carcinome spinocellulaire. Elle présente quelques similarités avec un matrixome mélanocytaire (5, 6). Le néoplasme est composé de cellules épithélioïdes au nucléole volumineux avec des mitoses d'aspect normal. Une autre entité appelée tumeur baso-mélanocytaire, car composée de cellules basaloïdes et de mélanocytes, a été également rapportée (7).

Nous rapportons ici deux cas de tumeur squamo-mélanocytaire que nous avons observés au cours des trois dernières décennies. Les deux patients, dans la soixantaine, ont remarqué l'apparition de nodules de couleur bleu grisâtre sur le visage antérieurement étiquetés de kératose actinique. L'examen clinique évoquait la possibilité d'un mélanome ou d'une

autre néoplasie (Figure 1). Ces lésions ont été excisées et soumises à un examen dermatopathologique incluant certains aspects immunopathologiques. Dans les deux cas, chaque tumeur correspondait à un nodule intradermique, apparemment sans contact avec l'épiderme. Un discret infiltrat inflammatoire lymphoïde et mélanophagique était focalement accolé à la tumeur. Celle-ci était hétérogène, contenant des foyers de différenciation squameuse. Au niveau de ces sites, quelques mitoses étaient observées, mais leur aspect semblait normal. Les autres foyers tumoraux avaient un aspect distinct, formé de cellules fusiformes ou dendritiques. La plupart de ces cellules étaient protéine S100 positives, ainsi que NKI et HMB45 positives (Figure 2). Elles étaient, pour la plupart, Ki-67 négatives, ce qui indiquait leur état non prolifératif.

Ces tumeurs ont été qualifiées de squamo-mélanocytaires. Elles n'ont pas développé de métastases, tout comme les autres cas rapportés dans la littérature. Il existe certaines similarités morphologiques avec le matrixome mélanocytaire (5, 6). La lésion, vraisemblablement bénigne, ne doit pas être confondue avec un mélanome, tant sur les plans de l'exploration que sur celui du traitement.

Diverses tumeurs formées de cellules aux phénotypes diversifiés sont bien identifiées en dermatopathologie. Elles peuvent être issues de la collision de tumeurs distinctes, d'une métas-

(1) Chargé de Cours honoraire, Laboratoire LABIC, Département des Sciences cliniques, Université de Liège, (3) Chargé de cours adjoint, Service de Dermatopathologie, CHU de Liège, site Sart Tilman, Liège, Belgique.

(2) Professeur honoraire, Université de Franche-Comté, Besançon, France.

(4) Chargé de cours, Chef de Service, Service de Chirurgie Plastique, CHU de Liège, site Sart Tilman, Liège, Belgique.

tase d'un néoplasme aux confins d'un autre ou d'une colonisation mélanocytaire d'une tumeur distincte (8-18).

En conclusion, la tumeur squamo-mélanocytaire dermique et le matrixome mélanocytaire représentent les expressions d'une entité chimico-pathologique qu'il convient de distinguer du mélanome et du carcinome spinocellulaire. Cette néoplasie survient sur la tête et le cou de patients âgés. La survenue de métastases n'a jamais été rapportée et une simple excision chirurgicale est curative.

La pathologie ici rapportée est une rareté. Il convient de la distinguer de tumeurs malignes. C'est l'examen microscopique qui permet cette distinction, mais il est important que les critères de distinction soient connus dans les laboratoires d'analyse afin de ne pas manquer le diagnostic et d'éviter des traitements inadéquats.

## BIBLIOGRAPHIE

- Rosen L, Williams W, Benson J.— A malignant neoplasm with features of both squamous cell carcinoma and malignant melanoma. *Am J Dermatopathol*, 1984, **213s-219s**.
- Pool SE, Manieci F, Clark WH, et al.— Dermal squamo-melanocytic tumor: a unique biphenotypic neoplasm of uncertain biological potential. *Hum Pathol*, 1999, **30**, 525–529.
- Leonard N, Wilson N, Calonje JE.— Squamomelanocytic tumor: an unusual and distinctive entity of uncertain biological potential. *Am J Dermatopathol*, 2009, **31**, 495–498.
- Pouryazdanparast P, Yu L, Johnson T, et al.— An unusual squamo-melanocytic tumor of uncertain biologic behavior: a variant of melanoma? *Am J Dermatopathol*, 2009, **31**, 457–461.
- Carlson JA, Healy K, Slominski A, et al.— Melanocytic matricoma: a report of two cases of a new entity. *Am J Dermatopathol*, 1999, **21**, 344–349.
- Resnik K.— Is melanocytic matricoma a bona fide entity or is it just one type of matricoma? *Am J Dermatopathol*, 2003, **25**, 166–167.
- Rodriguez J, Nonaka D, Kuhn E, et al.— Combined high-grade basal cell carcinoma and malignant melanoma of the skin (“malignant basomelanocytic tumor”): report of two cases and review of the literature. *Am J Dermatopathol*, 2005, **27**, 314–318.
- Muhlemann MF, Griffiths RW, Briggs JC.— Malignant melanoma and squamous cell carcinoma in a burn scar. *Br J Plast Surg*, 1982, **35**, 474–477.
- Piérard GE, Piérard-Franchimont C, Arrese Estrada J, et al.— Tumeurs épithéliales à contingent mélanocytaire. *Ann Dermatol Vénereol*, 1990, **117**, 291–293.
- Boyd AS, Rapini RP.— Cutaneous collision tumors. An analysis of 69 cases and review of the literature. *Am J Dermatopathol*, 1994, **16**, 253–257.
- Hara K, Kamiya S.— Pigmented eccrine porocarcinoma: a mimic of malignant melanoma. *Histopathology*, 1995, **27**, 86–88.
- Burkhalter A, White WL.— Malignant melanoma in situ colonizing basal cell carcinoma. A simulator of invasive melanoma. *Am J Dermatopathol*, 1997, **19**, 303–307.
- Umlas J, Liteplo M, Ucci A.— Squamous carcinoma in situ of the skin containing premelanosomes, with melanocytic colonization of the tumor. *Hum Pathol*, 1999, **30**, 530–532.
- Florell SR, Zone JJ, Gerwels JW.— Basal cell carcinomas are populated by melanocytes and Langerhans cells. *Am J Dermatopathol*, 2001, **23**, 24–28.
- Hofer A, Kaddu S, Seidl H, et al.— Collision of squamous-cell carcinoma with melanoma in situ in a child with xeroderma pigmentosum. *Dermatology*, 2001, **203**, 66–69.
- Lorusso GD, Sarma DP, Fazekas-May M, et al.— Collision tumor of apocrine carcinoma and squamous carcinoma occurring in the ear. *Am J Otolaryngol*, 2004, **25**, 219–224.
- Belisle A, Gautier M-S, Ghozali F, et al.— A collision tumor involving basal cell carcinoma and lentigo maligna melanoma. *Am J Dermatopathol*, 2005, **27**, 319–321.
- Ahlgrimm-Siess V, Hofmann-Wellenhof R, Zalaudek I, et al.— Collision of malignant melanoma (lentigo maligna type) with squamous cell carcinoma in solar-damaged skin of the face. *Dermatol Surg*, 2007, **33**, 122–124.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr. G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU de Liège, Site Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.  
Email : gerald.pierard@ulg.ac.be