



色素颗粒是皮肤型红斑狼疮的敏感性皮肤镜特征

鲁丽霞^{1,2,3}, 赵雪^{1,2,3}, 陈明亮^{1,2,3}, 陈翔^{1,2,3}, 粟娟^{1,2,3*}

1. 中南大学湘雅医院皮肤科, 皮肤肿瘤与银屑病湖南省重点实验室, 长沙 410008;

2. 湖南省皮肤健康与疾病工程研究中心, 长沙 410008;

3. 国家老年疾病临床研究中心, 中南大学湘雅医院, 长沙 410008

* 联系人, E-mail: sujuanderma@csu.edu.cn

收稿日期: 2024-04-30; 接受日期: 2024-07-17; 网络版发表日期: 2024-10-12

摘要 皮肤型红斑狼疮(cutaneous lupus erythematosus, CLE)的病变具有高度异质性. 因为它是根据常见的临床特征和相似的治疗反应进行分类的, 病变主要以瘢痕愈合为主. 所以CLE的早期诊断至关重要, 皮肤镜检查可以实现早期诊断并且有助于评估已有病变的病情. 我们采用回顾性分析的方法, 分析了90例确诊为CLE的病例, 并进行了病理活检和皮肤镜检查. 统计病例获得了详细的人口学信息、病理和皮肤镜检查数据, 分析发现, 色素颗粒、多形性扩张的血管、毛囊角栓和白色无结构区/白色纤维条索是诊断CLE最有特征性的皮肤镜表现. 多形性血管主要包括蛇形、点状、线状、螺旋状和发夹状等. 血管的分布模式主要是在毛囊周围, 即红点征, 其他分布模式包括局灶分布模式、均匀模式、中心模式、周围分布模式.

关键词 皮肤型红斑狼疮, 色素颗粒, 皮肤镜, 组织病理

皮肤型红斑狼疮(cutaneous lupus erythematosus, CLE)是一种慢性复发性疾病, 伴有多种临床表现、症状和一系列实验室检验指标的异常. 它被定义为局限于皮肤但是没有明显全身症状的红斑狼疮^[1,2]. 最经典的分类包括三种临床类型: 急性红斑狼疮(acute cutaneous lupus erythematosus, ACLE)、亚急性红斑狼疮(subacute cutaneous lupus erythematosus, SCLE)和慢性红斑狼疮(chronic cutaneous lupus erythematosus, CCLE)^[3]. 红斑狼疮的病变可分为特异性病变和非特异性病变^[4], 非特异性病变在疾病发展为系统性红斑狼疮中具有重要意义^[5]. 累及皮肤的红斑狼疮(lupus erythematosus, LE)表现出广泛的临床和组织

病理学特征. 从亚急性皮肤型红斑狼疮的曝光部位对称性红斑、对称性非疤痕性光化性红斑, 到盘状红斑狼疮(discoid lupus erythematosus, DLE)面部和头皮的浸润性斑块, CLE的临床病变极其多变并且难以识别^[5].

近年来皮肤镜的应用范围逐渐扩大, 包括炎症性疾病、感染性疾病和增生性疾病等^[6]. CLE的早期诊断至关重要, 皮肤镜检查是一种非侵入性且快速简单的辅助工具^[7], 皮肤镜可以观察到不同CLE亚型之间的变异性^[8], 可用于CLE的早期诊断和预防疤痕形成^[9]. 本文的目的是总结CLE的皮肤镜检查特征, 为皮肤镜诊断CLE提供依据.

引用格式: 鲁丽霞, 赵雪, 陈明亮, 等. 色素颗粒是皮肤型红斑狼疮的敏感性皮肤镜特征. 中国科学: 生命科学, 2024, 54: 2181–2187

Lu L X, Zhao X, Chen M L, et al. Pigment granules are sensitivity dermatoscopic feature in diagnosis cutaneous lupus erythematosus (in Chinese). Sci Sin Vitae, 2024, 54: 2181–2187, doi: [10.1360/SSV-2024-0141](https://doi.org/10.1360/SSV-2024-0141)

1 材料和方法

本研究经中南大学湘雅医院伦理委员会批准(伦理批注号: 2021101080)。我们查阅了中南大学湘雅医院2017~2021年的病理数据库、门诊系统以及皮肤镜检查系统。首先纳入了根据临床、实验室检查和组织病理学检查确诊为CLE的249例患者。此外, 在确诊CLE之前, 必须排除病变以外的其他器官损害, 因为CLE病变可能是系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)患者临床表现的一部分。所有研究的患者均没有提示系统性红斑狼疮的临床体征或症状。评估的皮肤镜变量是基于现有文献中的数据和我们的观察数据。同时, 排除了没有病理或皮肤镜检查记录的患者。最后90例患者被纳入最终的回顾性研究。所有患者的详细临床信息、病理信息和皮肤镜信息均已制成表格。临床变量包括初诊、年龄、性别、临床形态、临床鉴别诊断。研究中纳入的所有患者均提供了知情同意书。

两位皮肤病理医师分别记录了以下组织学参数: 角化过度、角化不良、表皮萎缩、毛囊角栓、基底细胞液化变性和色素失禁。两位皮肤科医师分别审查并记录以下皮肤镜参数: 毛囊扩张/毛囊角栓、糜烂、色素沉着、白色鳞屑、表皮萎缩、血管形态、血管分布模式、白色纤维条/白色无结构区、色素颗粒、毛囊减少。在进行组织学和皮肤镜检查回顾性分析时, 审查人员对包括图像在内的临床数据不知情。此外, 皮肤科医生研究了病历获得可用的实验室和临床数据。

2 结果

本研究纳入了90例CLE的病例。总体而言, 男女比例为1:1.5, 平均年龄为44.8岁(年龄范围为16~69岁)。所有患者均为fitzpatrick III、IV皮肤类型, 病程1~120个月。在纳入的患者中, 主要的初始临床诊断为湿疹、扁平苔藓和酒渣鼻。病变主要分布在曝光部位(91.1%, 82/90), 包括面颈部和手部(表1)。皮肤镜检查中CLE的常见特征为: 色素颗粒(86.7%, 78/90)、多形性血管(57.8%, 52/90)、毛囊角栓(46.7%, 42/90)、白色无结构区域/白色纤维条索(28.9%, 26/90)、表皮萎缩(20.1%, 18/90)、白色鳞屑(17.8%, 16/90)、色素减退(11.1%, 10/90)和毛囊开口减少(11.1%, 10/90), 前四项

表 1 研究病例的人口统计和临床数据

Table 1 Demographics and clinical data of the studied cases

人口统计和临床数据	数值
病程(年), 中位(时间范围)	1.6, 1月~10年
年龄(岁), 平均值(年龄范围)	44.8±13.3, 16岁~69岁
性别, 数值(%)	
女	54(60%)
男	36(40%)
病变部位, 数值(%)	
暴露在阳光下的区域	82(91.1%)
非阳光照射区域	8(8.9%)

是诊断CLE时最具特色的皮肤镜表现(图1)。

多形性血管包括蛇形(42.2%, 38/90)、点状(37.8%, 34/90)、线性(22.2%, 20/90)、螺旋状(8.9%, 8/90)和发夹状(8.9%, 8/90)。血管的分布模式主要是在毛囊周围(48.9%, 44/90), 即红点征, 其他分布模式包括局灶分布模式(28.9%, 26/90)、均匀模式(11.1%, 10/90)、中心分布模式(4.4%, 4/90)、周围分布模式(4.4%, 4/90)(表2)。我们还观察到血管扩张表现为红晕, 即无法区分血管形态。相应的皮肤病理学显示为表皮海绵状水肿和细胞间隙增大。此外, 2.2%的患者仅出现色素沉着, 皮肤镜下未观察到血管(图2)。

在CLE中, 皮肤镜下可观察到86.4%的患者存在色素颗粒。分析组织病理发现色素颗粒提示色素失禁, 94.4%的色素颗粒伴有基底细胞破坏(表3)。在皮肤镜检查下可以观察到白色的无结构区域, 病理上主要表现为胶原纤维增生。如果胶原纤维的增生分布在毛囊和皮脂腺周围, 则表现类似于Wickham纹(图3), 这时很容易被误诊为扁平苔藓。如果胶原纤维弥漫性增生, 则表现为白色无结构区。

3 讨论

CLE是一种慢性复发性疾病, 伴有多种临床表现、症状和一系列实验室检验指标的异常, 很少有病例进展为系统性红斑狼疮。鉴别诊断主要包括光化性苔藓样皮炎和多形性日光疹, 临床上很难评估其活动性。组织病理学具有特征性, 并且可以评估疾病活动性和稳定性^[10]。皮肤镜检查是一种诊断多种皮肤病的有效方法, 可以在一定程度上反映组织学的变化。因

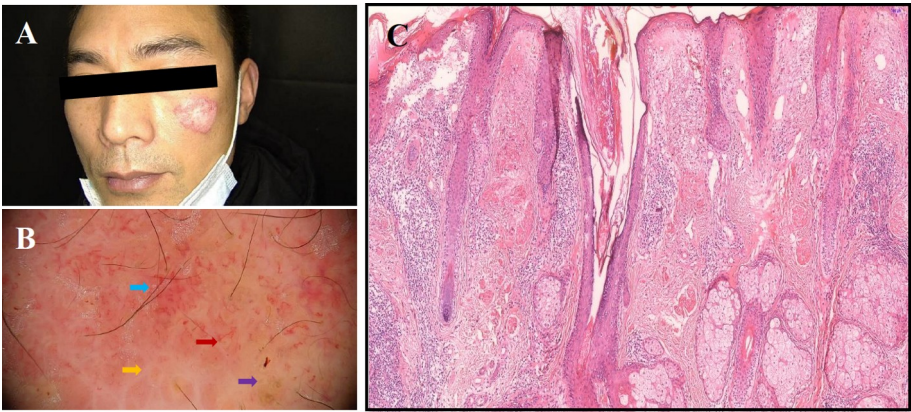


图 1 CLE的典型表现. A: 面部萎缩性红色斑块; B: 皮肤镜下可见毛囊扩张和角栓(红色箭头)、多形性血管(蓝色箭头)、白色纤维条索(黄色箭头)和色素颗粒(紫色箭头)(非偏振光, $\times 30$); C: 表皮萎缩, 毛囊角栓, 基底细胞液化变性, 真皮血管及毛囊附属器周围淋巴细胞浸润(放大倍数, $100\times$)($300\text{ dpi} \times 300\text{ dpi}$)

Figure 1 Classic manifestations of CLE. A: Atrophic red plaques on the face; B: histology showing follicle dilatation and plugging (red arrow), polymorphous vessel (blue arrow), white fiber cords (yellow arrow) and pigment granules (purple arrow) can be seen in dermoscopy (non-polarized, $\times 30$); C: epidermal atrophy, follicular plugging, marked liquefaction and degeneration of basal cells, along with dense lymphocyte infiltration around dermal vessels and appendages (original magnification, $100\times$) ($300\text{ dpi} \times 300\text{ dpi}$)

表 2 CLE病变的皮肤镜特征

Table 2 Dermoscopic features of the studied CLE lesion

皮肤镜特征	数值(%)
色素颗粒	78(86.7%)
毛囊角化栓	42(46.7%)
多形性血管	52(57.8%)
蛇形	38(42.2%)
点状	34(37.8%)
线状	20(22.2%)
螺旋状	8(8.9%)
发夹状	8(8.9%)
血管分布模式	
毛囊周围(红点征)	44(48.9%)
局灶分布模式	26(28.9%)
均匀模式	8(8.9%)
中心分布模式	4(4.4%)
周围分布模式	4(4.4%)
白色无结构区域/白色纤维索	26(28.9%)
表皮萎缩	18(20.0%)
白色鳞屑	16(17.8%)
色素减退	10(11.1%)
毛囊开口减少	10(11.1%)

此, 皮肤镜的不同特征可作为评估疾病活动度的工具^[11].

皮肤镜现在被认为是一种辅助性、非侵入性且快

表 3 CLE病变的病理学结果

Table 3 Pathology results of studies CLE lesions

病理	数值(%)
角化过度	33(36.7%)
角化不良	33(36.7%)
毛囊角化栓	56(62.2%)
萎缩	24(26.7%)
基底细胞破坏	85(94.4%)
色素失禁	76(84.4%)
真皮纤维化	46(51.1%)
毛囊周围纤维化	4(4.4%)
毛细血管扩张	80(88.9%)
炎症细胞浸润类型	
淋巴细胞	90(100%)
组织细胞	61(67.8%)
中性粒细胞	28(31.1%)
嗜酸性粒细胞	9(10%)

速简单的工具, 可反映皮肤病理的成像技术^[12], 它是沟通临床与病理的桥梁, 使用皮肤镜可以完善临床诊断步骤^[13], 本研究系统地总结了CLE在皮肤镜下的特征.

对90例CLE的皮肤镜图像进行分析发现, 色素颗粒、以蛇形为主的多形性血管、毛囊角栓和白色无结构区是CLE的主要皮肤镜表现. 值得注意的是, 86.4%

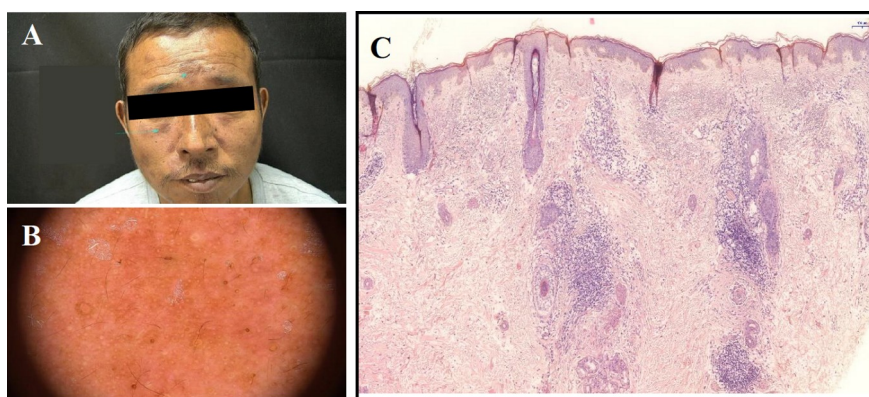


图 2 表现为色素沉着的CLE. A: 面部散在分布的棕色斑片; B: 皮肤镜检查可见毛囊扩张及角栓、假性网状色素沉着(非偏振光, $\times 20$); C: 组织学显示毛囊角栓、胶原纤维嗜碱性改变、全层真皮血管以及毛囊周围密集的淋巴细胞浸润(放大倍数, $100\times$) ($300\text{ dpi} \times 300\text{ dpi}$)

Figure 2 CLE presents with pigmentation. A: Scattered brown patches on the face; B: follicular expansion and plugging, pseudo-reticular pigmentation were seen in dermoscopy (non-polarized, $\times 20$); C: histology showing follicular plugging, basophilic change of collagen fibers, full-thickness dermal vessels and along with dense lymphocyte infiltration around follicles (original magnification, $100\times$) ($300\text{ dpi} \times 300\text{ dpi}$)

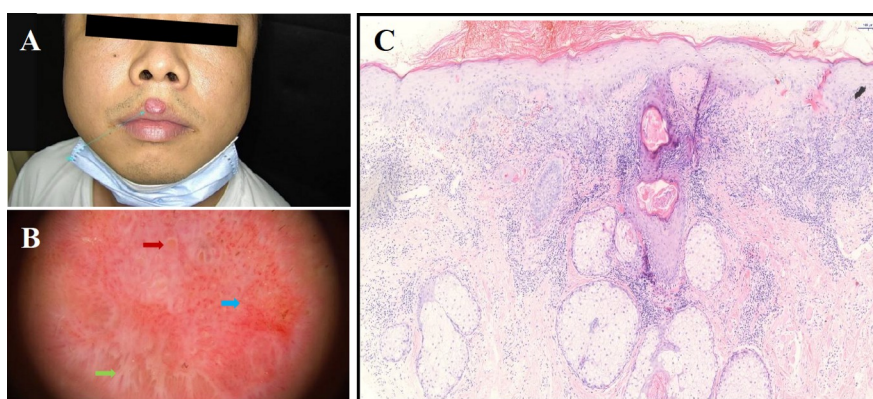


图 3 CLE表现为假Wickham纹的CLE. A: 上唇红色斑块; B: 皮肤镜检查可见毛囊扩张及角栓(红色箭头)、多形态扩张血管(蓝色箭头)、假Wickham纹(绿色箭头)(非偏振光, $\times 20$); C: 组织学显示角化过度伴结痂, 表皮萎缩, 基底细胞液化变性, 血管附属器周围有致密的淋巴细胞浸润(放大倍数, $100\times$)($300\text{ dpi} \times 300\text{ dpi}$)

Figure 3 CLE presented with pseudo-Wickham's stria. A: Red plaque on upper lip; B: follicular expansion and plugs (red arrow), multi-morphological dilated vessels (blue arrow), pseudo-Wickham stria (green arrow) were seen in dermoscopy (non-polarized, $\times 20$); C: histology showing hyperkeratosis with crusting, epidermal atrophy, liquefaction and degeneration of basal cells, and dense lymphocyte infiltration around vascular appendages (original magnification, $100\times$) ($300\text{ dpi} \times 300\text{ dpi}$)

的CLE中可以观察到色素颗粒. 病理上, 色素颗粒提示色素失禁, 大部分色素颗粒伴有基底细胞破坏(空泡界面皮炎). 据文献报道, “色素失禁”是指由于基底细胞遭到破坏, 真皮噬黑素细胞吞噬表皮掉落的黑色素的现象^[12]. 因此, 色素颗粒对CLE的诊断具有较高的敏感性, 但色素颗粒也可出现在其他色素失禁的疾病中, 尤其是扁平苔藓.

CLE的组织病理学特点是毛囊角栓、伴基底层空泡化的界面性皮炎, 毛囊附属器周围以淋巴细胞为主

的浸润. CLE应区别于其他基底细胞液化性疾病, 尤其是扁平苔藓. CLE缺乏楔形颗粒层增厚, 扁平苔藓可见锯齿状基底层肥厚. 在本研究中, 约4.4%的CLE在皮肤镜下可观察到假性Wickham皮纹, 易误诊为扁平苔藓. 虽然表现与Wickham纹类似, 但并不是楔形颗粒层的增厚, 而是毛囊和皮脂腺周围的纤维增生, 这种奇特的胶原纤维增生形成了与Wickham纹类似的表现, 称为伪Wickham纹. 同时, 伪Wickham纹的外围是放射状的. 此外, 临床上约2.2%的CLE在皮肤镜下表现

为色素颗粒或色素沉着, 与扁平苔藓晚期重叠。因此, 对于上述表现, 仅通过皮肤镜检查很难区分CLE和扁平苔藓。

当皮肤镜下发现色素颗粒、多形性血管、毛囊角栓、白色无结构区/白色纤维条索、表皮萎缩、白色鳞屑、色素减退和毛囊开口减少时, 皮肤镜有助于诊断CLE(图4)。其中前四项是诊断CLE中最具特征性的皮肤镜表现。CLE的皮肤镜特征取决于病变的阶段: 活动性病变包括毛囊角栓和红点征。活动性病变在病理上表现为“红点”, 呈红斑状、多角形、同心圆状, 与扩张的血管和毛囊周围分布的红细胞外渗有关^[14,15]。大的黄棕色点对应于毛囊口扩张处出现的毛囊角栓^[16,17]。由于涉及附属器周围的炎症浸润, 可以观察到针状白点的消失^[15], 并且在斑块的外围可以看到色素网络^[16]。毛囊周围红点征偶尔含有新出现的毛干或角质栓。在头皮的毛囊间中常见到树枝状扩张的血管^[14]。红点征是毛囊周围分布的点状血管, 该特征是活动性狼疮患者损害的特征之一, 有利于DLE和毛囊性扁平苔藓的鉴别诊断。而长期不活动的病变则显示没有毛囊开口或白色斑块、白色和棕色的无结构区^[18], 我们的研究结果与之前的报告一致^[19]。然而, 红点征并不是CLE的特有特征, 临床实践中经常在斑块状银屑病中观察到红点征。DLE终末期病变中描述的白色无结构区域是不同的, 因为它们在组织学上与弥漫性真皮纤维化相对应^[19]。

皮肤镜下观察到的色素颗粒与黑色素瘤、黑素细胞痣的消退过程有关^[20]。灰蓝色和胡椒样颗粒, 对应于色素失禁和噬黑细胞的存在。肿瘤消退可能由不同的机制介导, 其中免疫反应、细胞凋亡、抗血管生成和基因组不稳定性可能发挥作用^[14]。另一方面, 消退是一个动态过程, 其中淋巴细胞的密集浸润、血管生成、黑素细胞和弥漫性纤维化随时间而变化。

为了探讨色素颗粒是否与CLE疾病活动相关, 我们收集了CLE患者的数据。值得注意的是, 在确诊CLE之前, 必须排除病变以外的其他器官损害, 因为CLE病变可能是SLE患者临床表现的一部分。目前, CLE各亚

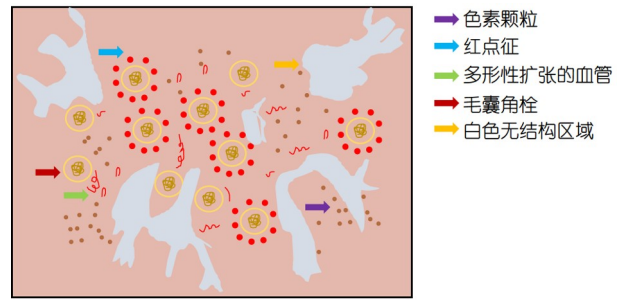


图4 CLE常见皮肤镜特征示意图。色素颗粒(紫色箭头); 红点征(蓝色箭头); 多形性血管(绿色箭头); 毛囊角栓(红色箭头); 白色无结构区域(黄色箭头)

Figure 4 Schematic diagram of common dermoscopic features of CLE. Pigment granules (purple arrow); red dot sign (blue arrow); polymorphous vessel (green arrow); follicular keratotic plugs (red arrow); white structureless areas (yellow arrow)

型尚无标准化的诊断方法。CLE的诊断应基于患者病史、临床表现、实验室检查和皮肤活检等综合考虑^[14]。对于CLE疾病活动性和皮肤损害的临床评估, 可采用上述CLASI评分及其改进版RCLASI, 已广泛应用于临床试验^[15,16]。British Isles狼疮评估组(BILAG)疾病活动指数可用于判断CLE疾病活动度^[17]。对90例CLE病例进行回顾性分析。同时, 我们将CLE患者分为活动期和稳定期, 并在皮镜下观察色素颗粒。如果皮肤镜检查中观察到色素颗粒, 则CLE往往处于活动期。我们可以通过色素颗粒来判断疾病的活跃期并估计药物的疗效。色素颗粒可作为疾病活动度和治疗效果的指标。

皮肤镜在各种炎症性皮肤病的诊断中应用越来越广泛。基层医院和乡镇卫生院的诊断技术有限, 皮肤镜可以作为辅助诊断的有用工具。对于CLE的皮肤镜表现描述有限, 皮肤镜检查可提高CLE的诊断率。观察发现色素颗粒在CLE诊断中具有较高的敏感性, 但皮肤镜检查只能反映浅表皮肤病变, 其能观察的最深的皮肤结构是真皮乳头层, 因此当改变位于真皮乳头之下时, 皮肤镜无法观察到。因此, 皮肤镜检查有时容易导致误诊。CLE的临床诊断应结合多种方法, 必要时可以进行皮肤活检以做出正确的诊断^[21,22]。

参考文献

- 1 Bouché N, Al-Saedy M A, Song E J. Successful treatment of refractory subacute cutaneous lupus erythematosus with deucravacitinib. *JAAD Case Rep*, 2023, 39: 93–95

- 2 Hacinecipoğlu F, Çevirgen Cemil B, Kartal S P, et al. A rare case of cutaneous lupus erythematosus presenting with periorbital erythema and edema. [Lupus](#), 2024, 33: 183
- 3 Souza E N, Diniz L M, Moura L A, et al. Exacerbation of chronic cutaneous lupus erythematosus triggered by vaccine against COVID-19. [Actas Dermosifiliogr](#), 2024, 115: 430–432
- 4 Kuhn A, Richter-Hintz D, Oslislo C, et al. Lupus erythematosus tumidus—a neglected subset of cutaneous lupus erythematosus: report of 40 cases. [Arch Dermatol](#), 2000, 136: 1033
- 5 Filotico R, Mastrandrea V. Cutaneous lupus erythematosus: clinico-pathologic correlation. [Ital J Dermatol Venereol](#), 2018, 153: 216–229
- 6 Grant-Kels J M. JAAD Game Changers: dermoscopy of black skin: a cross-sectional study of clinical and dermoscopic features of melanocytic lesions in individuals with type V/VI skin compared to those with type I/II skin. [J Am Acad Dermatol](#), 2020, 82: 781
- 7 Kuhn A, Landmann A, Bonsmann G. The skin in autoimmune diseases—Unmet needs. [AutoImmun Rev](#), 2016, 15: 948–954
- 8 Lacarrubba F, Verzi A E, Caltabiano R, et al. Discoid lupus erythematosus: Reflectance confocal microscopy features correlate with horizontal histopathological sections. [Skin Res Tech](#), 2019, 25: 242–244
- 9 Xian J, Huang X, Li Q, et al. Dermatoscopy for the rapid diagnosis of *Talaromyces marneffei* infection: a case report. [BMC Infect Dis](#), 2019, 19: 707
- 10 Walling H W, Sontheimer R D. Cutaneous lupus erythematosus: issues in diagnosis and treatment. [Am J Clin Dermatol](#), 2009, 10: 365–381
- 11 Ankad B S, Gupta A, Nikam B P, et al. Implications of dermoscopy and histopathological correlation in discoid lupus erythematosus in skin of color. [Ind J Dermatol](#), 2022, 67: 5–11
- 12 Lu L, Yan S, Chen M, et al. Diagnostic values of dermoscopy and CD31 expression in cutaneous lymphangioma circumscriptum. [Front Med](#), 2021, 8: 738815
- 13 Mazzilli S, Vollono L, Diluvio L, et al. The combined role of clinical, reflectance confocal microscopy and dermoscopy applied to chronic discoid cutaneous lupus and subacute lupus erythematosus: a case series and literature review. [Lupus](#), 2021, 30: 125–133
- 14 Tosti A, Torres F, Misciali C, et al. Follicular red dots: a novel dermoscopic pattern observed in scalp discoid lupus erythematosus. [Arch Dermatol](#), 2009, 145: 1406–1049
- 15 Miteva M, Tosti A. Hair and scalp dermoscopy. [J Am Acad Dermatol](#), 2012, 67: 1040–1048
- 16 Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A. Atlas of Trichoscopy: Dermoscopy in Hair and Scalp Disease. London: Springer, 2012
- 17 Lanuti E, Miteva M, Romanelli P, et al. Trichoscopy and histopathology of follicular keratotic plugs in scalp discoid lupus erythematosus. [Int J Trichol](#), 2012, 4: 36–38
- 18 Cervantes J, Hafeez F, Miteva M. Blue-white veil as novel dermoscopic feature in discoid lupus erythematosus in 2 African-American patients. [Skin Appendage Disord](#), 2017, 3: 211–214
- 19 Lallas A, Apalla Z, Lefaki I, et al. Dermoscopy of discoid lupus erythematosus. [Br J Dermatol](#), 2013, 168: 284–288
- 20 Menzies S W, Gutenev A, Avramidis M, et al. Short-term digital surface microscopic monitoring of atypical or changing melanocytic lesions. [Arch Dermatol](#), 2001, 137: 1583
- 21 Hirata S H, Yamada S, Enokihara M Y, et al. Patterns of nail matrix and bed of longitudinal melanonychia by intraoperative dermoscopy. [J Am Acad Dermatol](#), 2011, 65: 297–303
- 22 Ohn J, Mun J H. Reply to: “Limitations and challenges of nail unit dermoscopy in longitudinal melanonychia”. [J Am Acad Dermatol](#), 2017, 76: e73–e74

Pigment granules are sensitivity dermatoscopic feature in diagnosis cutaneous lupus erythematosus

LU LiXia^{1,2,3}, ZHAO Xue^{1,2,3}, CHEN MingLiang^{1,2,3}, CHEN Xiang^{1,2,3} & SU Juan^{1,2,3}

1 Hunan Key Laboratory of Skin Cancer and Psoriasis, Department of Dermatology, Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China;

2 Hunan Engineering Research Center of Skin Health and Disease, Changsha 410008, China;

3 National Clinical Research Center for Geriatric Disorders, Xiangya Hospital, Changsha 410008 China

Lesions of cutaneous lupus erythematosus (CLE) is highly heterogenous. CLE is categorized based on very common features and similar responses to treatment, lesions are mainly heal with scarring. Early diagnosis of CLE is crucial, dermoscopy may enable early diagnosis and help to assess the prognosis of well-established lesions. Retrospective analysis of 90 CLE cases under dermoscopy and pathological biopsy was performed. Cases were reviewed for information regarding pathological and dermoscopy pattern. Dermoscopy was performed using Medicam 800/1000 (FotoFinder, Germany) at 20~70× magnification in non-polarized mode. Pigment granules, multiform dilated vessels, follicular keratotic plugs and white structureless areas/white fiber cord are the most featured dermoscopic manifestations in the diagnosis of CLE. The multiform dilated vessels including serpentine, punctate, linear, spiral and hairpin. The distribution pattern of vessels is mainly around follicles, that is red dot sign, other distribution patterns including focal distribution pattern, uniform mode, central mode, peripheral distribution pattern.

cutaneous lupus erythematosus, pigment granules, dermoscopy, dermatopathology

doi: [10.1360/SSV-2024-0141](https://doi.org/10.1360/SSV-2024-0141)