

Ongles

Mélanonychie ou mélanome acral lentigineux

RÉSUMÉ : La mélanonychie unguéale pose un réel problème de prise en charge diagnostique et thérapeutique. Le diagnostic anatomopathologique est difficile et la sentence en cas de lésion maligne invasive est mutilante, entraînant de lourdes séquelles fonctionnelles. Les mélanomes de l'appareil unguéal sont rares et représentent 1 à 2 % de l'ensemble des mélanomes.

L'examen clinique couplé à la dermoscopie peut orienter vers des mélanonychies longitudinales bénignes qui pourront être surveillées. Cependant, il existe de nombreuses situations où une biopsie matricielle reste souhaitable, notamment en cas de doute à l'examen clinique. C'est un geste invasif susceptible d'entraîner des séquelles esthétiques comme les dystrophies unguéales, à l'encontre d'une lésion qui au final peut s'avérer bénigne.

Nous rapportons le cas d'un patient présentant une lésion sous unguéale connue depuis 3 ans et d'évolution récente, qui a bénéficié d'un traitement conservateur.



**J. GENET¹, E. SIMON¹, X. SASTRE²,
G. DAUTEL³, J.-L. VERHAEGHE⁴**

¹ Service de Chirurgie plastique réparatrice et esthétique, Hôpital central CHU de NANCY.

² Service d'Anatomopathologie, Institut de Cancérologie de Lorraine, VANDŒUVRE-LES-NANCY.

³ Service de Chirurgie de la main et Chirurgie réparatrice de l'appareil locomoteur, Centre Emile Gallé, NANCY.

⁴ Service de Chirurgie oncologique, Institut de Cancérologie de Lorraine, VANDŒUVRE-LES-NANCY.

M. C 47 ans est adressé par son dermatologue pour une mélanonychie suspectée d'être un mélanome sous-unguéal. Cette lésion était linéaire il y a 3 ans et a progressivement grossi jusqu'à intéresser tout le lit unguéal. Cette pigmentation irrégulière et hétérochrome débordait sur le repli cutané proximal (signe de Hutchinson) (**fig. 1**).



Fig. 1.

À l'examen clinique, nous ne retrouvons aucune adénopathie axillaire palpable, et ceci a été confirmé en échographie.

Après concertation avec notre anatomopathologiste, un examen extemporané n'est pas retenu, du fait de la difficulté technique de ce type d'analyse.

Nous informons alors le patient d'une prise en charge en deux temps. Le premier consiste à réaliser une biopsie portant à la fois sur le lit unguéal et sur la zone matricielle en regard de la bande pigmentée (lésion originelle). Le geste est réalisé au bloc opératoire, il consiste en un décollement de l'ongle auquel on retire une baguette sur son bord interne. Cela permet de découvrir le lit unguéal et de pratiquer une biopsie large à la lame froide du lit et de la région matricielle. (**fig. 2**).

Le résultat anatomopathologique conclut à une prolifération mélanocytaire atypique intraépithéliale. L'aspect

Ongles



Fig. 2.

morphologique est compatible avec un mélanome débutant *in situ* sans pour autant affirmer ce diagnostic.

Le caractère non invasif de cette lésion n'étant pas formellement affirmé, nous optons, dans un deuxième temps, pour un traitement chirurgical conservateur. Celui-ci consiste en une exérèse en bloc de cette lésion grâce à une incision qui circonscrit l'unité unguéale en passant latéralement à environ 5 mm du repli et en proximal à 5 mm de l'éponychium. En profondeur, l'incision passe sous un plan périosté exposant la corticale osseuse dorsale de la phalange distale (fig. 3 et 4).



Fig. 3 et 4.



Fig. 5 et 6.

La reconstruction est réalisée par une greffe de peau mince (2/10) prélevée sur la face palmaire de l'avant bras, posée directement sur la corticale osseuse.

Le résultat anatomopathologique de l'ensemble de la pièce précise que la prolifération mélanocytaire est peu dense, limitée aux assises basales sans migration dans le corps muqueux de Malpighi. Les atypies cytonucléaires sont minimales. Finalement, l'ensemble ne permet pas de conclure à un mélanome et le diagnostic proposé reste celui de prolifération mélanocytaire atypique.

La cicatrisation est obtenue en 3 semaines, la kératinisation de la greffe mince aboutissant à un "pseudo-ongle", qui constitue un compromis esthétique et fonctionnel acceptable chez ce patient exerçant une profession manuelle (fig. 5 et 6). Une surveillance régulière a été recommandée après réunion de concertation pluridisciplinaire

Discussion

Les mélanomes unguéaux représentent environ 1,5 à 2 % de l'ensemble des mélanomes de la population à peau

blanche. Dans la population à peau noire, ils comptent pour plus de 20 % des mélanomes. Les localisations les plus fréquentes sont le pouce et le gros orteil, puis le deuxième et le troisième doigt. La présentation clinique la plus classique du mélanome unguéal est une mélanonychie longitudinale monodactyle [1].

Le caractère malin peut être évoqué cliniquement :

- le signe de Hutchinson (pigmentation du rebord unguéal) ;
- l'irrégularité d'espacement, de couleur et de parallélisme des lignes ;
- la pigmentation de toute l'épaisseur de la tablette unguéale ;
- l'évolution rapide.

Cependant, une preuve histologique reste indispensable avant d'engager un traitement radical. De nombreuses techniques de biopsie existent dès lors qu'il n'y a pas d'extension ganglionnaire qui aurait pu être ponctionnée. La difficulté est de produire un prélèvement suffisamment gros pour avoir un diagnostic de certitude tout en limitant au maximum les séquelles esthétiques et fonctionnelles (dystrophie unguéale) [2]. En effet, la majorité des mélanonychies ne correspondent pas à une prolifération mélanocytaire et, si c'est le cas, il peut aussi s'agir d'une prolifération bénigne (*lentigo, nævus*) [3].

Dans notre situation, la réalisation d'une nouvelle biopsie n'était pas justifiée car cela nous aurait amené à une exérèse de presque tout le lit unguéal, ce qui se rapprochait de notre deuxième temps chirurgical.

En pratique, il est admis que le traitement des mélanomes *in situ* débutants commence par une exérèse de l'appareil unguéal avec des marges allant de 5 à 10 mm. Les taux de survie seraient de 100 % avec d'excellents résultats fonctionnels et cosmétiques [4, 5]. Dans notre cas, en l'absence de diagnostic de certitude, chez ce patient présentant les signes cliniques évocateurs de mali-

gnité, nous avons pris le parti de traiter cette lésion comme un mélanome in situ. Nous sommes partis du principe que l'abstention thérapeutique aurait été lourde de conséquence en cas de mélanome avéré ou de transformation en mélanome, avec un risque majeur de récurrence locale et de dissémination modifiant fortement le pronostic fonctionnel voire vital du patient.

■ Conclusion

En cas de doute concernant une mélanonychie, une preuve histologique est indispensable afin de poser le diagnostic.

Dans notre situation, les conclusions de la biopsie et la présentation clinique, nous ont poussés à un traitement précoce de cette lésion. Bien que le caractère malin n'ait jamais été confirmé, la possible évolution vers un mélanome invasif a pu être stoppée. Nous avons évité à un patient jeune en activité professionnelle une amputation de la phalange distale du pouce avec un bon résultat fonctionnel et esthétique. Revu à 6 mois, le patient ne présentait aucun signe de récurrence.

POINTS FORTS

- Les lésions mélanocytaires de l'ongle doivent avoir une certitude diagnostique.
- Les séquelles fonctionnelles en cas de méconnaissance d'un mélanome de l'ongle sont majeures.
- La biopsie, même si elle est traumatisante, reste incontournable en cas de doute à l'examen clinique.
- En cas de doute anatomopathologique, une exérèse plus large est de rigueur.

En cas de doute diagnostique après biopsie, l'exérèse de l'appareil unguéal nous semble être une option thérapeutique de choix. Les séquelles fonctionnelles étant bien trop importantes en cas de lésion maligne, notamment sur un premier doigt.

BIBLIOGRAPHIE

1. HANEKE E. Ungual melanoma – controversies in diagnosis and treatment *Dermatol Ther*, 2012;25:510-524.
2. HANEKE E. Operative Therapie akraler und subungualer Melanome. Berlin: Springer 1999:210-214.

3. GOETTMANN-BONVALLOT S. Mélanonychies longitudinales: Annales de Dermatologie et de Vénéréologie, 2013;140:166-167.
4. DUARTE AF, CORREIA O, BARROS AM *et al*. Nail melanoma in situ: clinical, dermoscopic, pathologic clues, and steps for minimally invasive treatment. *Dermatol Surg*, 2015;41:59-68.
5. SUREDA N, PHAN A, POULALHON N *et al*. Conservative surgical management of subungual (matrix derived) melanoma: report of seven cases and literature review. *Br J Dermatol*, 2011;165:852-858.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

www.realites-chirplastique.com

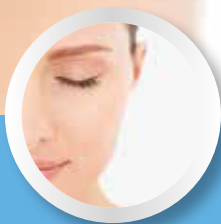
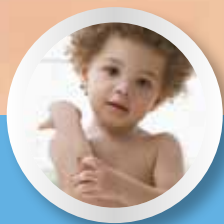
+ riche
+ interactif
+ proche de vous





Une belle
cicatrice est
une cicatrice
qui s'oublie

EXISTE EN GEL, GEL UV ET SPRAY



Appliquer en couche mince 2 fois par jour.
Plus d'informations sur : www.kelocote.fr