

■ Revues générales

Pathologies unguéales fréquentes : diaporama



P. LECERF, B. RICHERT

Service de Dermatologie, CHU Brugmann, Saint-Pierre et Hôpital des Enfants Reine Fabiola, Université Libre de BRUXELLES.

Ce diaporama reprend les pathologies les plus fréquemment rencontrées lors d'une consultation d'onychologie (onychomycoses, pathologies traumatiques, psoriasis). Les auteurs ont également choisi de présenter deux pathologies plus rares qu'il convient de reconnaître puisque pour l'un, l'évolution en l'absence de traitement aboutit à une disparition complète et irréversible de l'unité unguéale et, pour l'autre, il s'agit d'une néoplasie se présentant volontiers sous la forme d'une pathologie extrêmement courante, la verrue.

■ Onychomycoses

Les onychomycoses affectent 2 à 4,7 % de la population générale et représentent 50 % de la pathologie unguéale. Les ongles des orteils sont 7 fois plus souvent atteints que ceux des doigts. Dans ce diaporama, les formes classiques ne seront pas illustrées mais uniquement les formes à haut risque de résistance aux traitements conventionnels (**fig. 1-5**). Dans ces variétés, l'antifongique systémique, qui pénètre dans la tablette *via* la matrice

mais également *via* le lit unguéal, ne peut pas atteindre sa cible car soit l'ongle est décollé, soit il est trop épais et par conséquent protégé par un biofilm, soit le champignon responsable n'est pas sensible à l'antifongique (onychomycoses à moisissures). Afin d'optimiser le traitement, il convient d'éradiquer un maximum de la charge fongique : élimination complète ou partielle de la tablette et du lit infectés par des techniques mécaniques (découpe, abrasion), chimiques (crèmes à l'urée 40-50 %) ou chirurgicales.

POINTS FORTS

- Onychomycoses à haut risque de résistance :
 - Onycholyse étendue.
 - Fusée(s) longitudinale(s) jaunâtre(s).
 - Dermatophytome (hyperkératose sous-unguéale supérieure à 2 mm).
 - Onychomycose latérale.
 - Onychomycoses à moisissures.



Fig. 1 : Onychomycose à *Candida* avec onycholyse étendue.



Fig. 2A : Onychomycose à *Trichophyton rubrum* à type de fusée longitudinale jaunâtre.



Fig. 2B : Onychomycose à *Trichophyton rubrum* à type de fusées longitudinales jaunâtres multiples.



Fig. 3A : Hyperkératose sous-unguéale compacte supérieure à 2 mm.



Fig. 3B : Hyperkératose sous-unguéale très épaisse à tous les orteils d'un seul pied. Onychomycose à *Trichophyton rubrum*.



Fig. 4 : Onychomycose à *Trichophyton rubrum* avec atteinte de toute la longueur du bord latéral de la tablette.



Fig. 5 : Onychomycose à moisissure (*Fusarium spp.*) avec inflammation des tissus périunguéaux.

■ Altérations unguéales traumatiques

Les ongles des orteils sont soumis à des conflits orteils-chaussures toute une vie durant. L'apparition d'altérations unguéales traumatiques est favorisée par le chaussage inadapté et les malformations orthopédiques de l'avant-pied. Elles constituent le diagnostic principal des onychomycoses. Le pied grec (second rayon plus long que le premier) et l'*Hallux valgus* sont responsables d'une **onycholyse** de chevauchement d'orteils (**fig. 6**). L'*erectus* provoque une friction du bord distal de l'ongle contre le toit de la chaussure responsable d'un décollement (**fig. 7**) ou d'un épaissement distal de la tablette (**fig. 8**)



Fig. 6 : Onycholyse distolatérale du gros orteil par chevauchement du second orteil plus long sur le premier (pied grec). L'onycholyse est contaminée par du *Pseudomonas spp.*



Fig. 7A : Onycholyse symétrique distale bilatérale (vue supérieure).



Fig. 7B : L'examen en vue de profil révèle que l'*erectus* est la cause de l'onycholyse.



Fig. 8 : Pachyonychie développée sur *Valgo erectus*, pied grec et calosité de l'interphalangienne proximale du deuxième orteil secondaire à la flexion plantaire.

POINTS FORTS

- Toujours prélever une hyperkératose ou une onycholyse afin de confirmer ou non le diagnostic d'onychomycose. Les pathologies traumatiques aux orteils constituent le diagnostic différentiel principal de l'onychomycose podale.

Revue générale

Psoriasis unguéal

Le psoriasis unguéal s'observe essentiellement aux mains où il est beaucoup plus fréquent que les onychomycoses. Il se présente sous deux formes principales :

- l'onycholyse soulignée par un halo érythémateux (**fig. 9A et 9B**) ;
- l'hyperkératose sous-unguéal (**fig. 10A et 10B**).

Une pustulose isolée d'un doigt ou d'un orteil chez l'adulte doit suggérer un psoriasis pustuleux (acrodermatite continue de Hallopeau) (**fig. 11**)

POINTS FORTS

- Aux mains, l'onycholyse et l'hyperkératose sous-unguéal doivent suggérer en premier lieu un psoriasis ou une cause traumatique (auto-induite ou professionnelle). Les onychomycoses viennent en troisième position.



Fig. 9A : Psoriasis unguéal onycholytique. Le décollement jaunâtre est souligné par un halo érythémateux. Présence d'hémorragies filiformes.



Fig. 9B : Psoriasis unguéal onycholytique. Forme limitée à trois doigts avec zone de décollement sinuose soulignée par un érythème bistré.



Fig. 10A : Psoriasis onycholytique au majeur et à l'auriculaire et hyperkératosique au pouce. Ce cas illustre les atteintes psoriasiques variées du lit unguéal.



Fig. 10B : Psoriasis hyperkératosique isolé des deux pouces. Notez les hémorragies filiformes incluses dans l'hyperkératose.



Fig. 10C : Pachyonychie psoriasique prononcée des deux pouces. Notez la pulpe crevassée.



Fig. 11 : Pustulose acrale monodactylique évoluant depuis plusieurs mois et détruisant l'unité unguéale.

Lichen unguéal

Le lichen unguéal est une affection unguéale relativement rare qui touche essentiellement l'adulte. L'atteinte est souvent polydactylique mais l'atteinte isolée d'un doigt n'est pas rare. La présentation clinique principale se caractérise par l'onychorrhexie (fragilité superficielle avec striations longitudinales multiples) (**fig. 12 et 13**). Dans 10 % des cas, une atteinte du lit peut s'observer (**fig. 14 et 15**).



Fig. 12 : Lichen unguéal typique. Stries longitudinales multiples (onychorrhexie), fissures et amincissement de la tablette responsable d'une koïlonychie.



Fig. 13 : Fragilité unguéale très marquée avec fissuration et accentuation du relief longitudinal.



Fig. 14: Lichen unguéal atteignant majoritairement le lit. Notez la striation longitudinale discrète de la tablette.



Fig. 15: Lichen unguéal non traité avec destruction irréversible des unités unguéales.

POINTS FORTS

- Une fragilité unguéale aux mains avec striations longitudinales, fissures et amincissement de la tablette doit évoquer en premier lieu un lichen unguéal. Il doit être reconnu précocement car, en l'absence de traitement, il évolue vers une destruction irréversible de l'unité unguéale

■ Carcinome spinocellulaire

C'est la néoplasie la plus fréquente de l'appareil unguéal. Elle s'observe principalement chez les hommes de plus de 50 ans aux trois premiers doigts de la main dominante. La présentation clinique évoque celle d'une verrue dans 60 % des cas. Les autres formes cliniques sont piégeantes : suintement, mélanonychie, érythro-nychie... Il a été démontré que le traitement doit être conservateur (ablation de l'appareil unguéal) en l'absence d'une atteinte osseuse. Les récurrences sont fréquentes compte tenu de l'origine à papillomavirus humain (**fig. 16-21**).

POINTS FORTS

- Toute verrue monodactylique chez un adulte de plus de 50 ans doit être considérée comme suspecte, *a fortiori* en présence d'une dystrophie de la tablette.



Fig. 16: Lésions verruqueuses périunguérales traitées comme des verrues pendant des années sans succès. Carcinome spinocellulaire invasif. Pas d'atteinte osseuse objectivée.



Fig. 17: Lésion verruqueuse sous-unguéale de longue date traitée par bléopuncture sans succès. Carcinome spinocellulaire *in situ*.



Fig. 18: Carcinome spinocellulaire invasif de l'entière du lit et des replis générant une mélanonychie longitudinale large. Aucune atteinte osseuse n'a été objectivée.



Fig. 19: Carcinome spinocellulaire invasif évoluant depuis 20 ans avec destruction quasi complète de l'appareil unguéal. Aucune atteinte osseuse n'a été objectivée.



Fig. 20: Carcinome spinocellulaire *in situ* localisé au repli latéral distal associé à une mélanonychie longitudinale. Il aura fallu trois sessions de chirurgie de Mohs avant d'obtenir des marges saines.



Fig. 21: Discrète hyperkératose sous-unguéale latérale: carcinome spinocellulaire invasif. Pas d'atteinte osseuse objectivée.