

REVUES GÉNÉRALES

Ongles

Onychomycoses : l'examen diagnostique clé existe

RÉSUMÉ : Le diagnostic de mycose d'un ou de plusieurs ongles n'est pas souvent aisé. Les faux négatifs après prélèvement mycologique sont nombreux et compliquent la prise en charge d'un onyxis en pratique quotidienne. Le dermatologue devrait faire plus souvent un prélèvement pour examen histomycologique, qui permet dans bon nombre de cas d'affirmer l'infection et de poser facilement les indications d'un traitement antifongique qu'il soit local ou oral.

→ C. BARTHAUX
Cabinet de Dermatologie,
SAINT-MALO.

Les mycoses unguéales sont un problème de santé publique, c'est un motif de consultation fréquent au cabinet du dermatologue de ville. Le diagnostic mycologique est souvent fait de façon empirique (visuellement), sans preuve mycologique définitive, par le patient lui-même, le podologue, le médecin généraliste ou parfois le dermatologue, alors qu'onyxis n'est pas synonyme de mycose de l'ongle loin s'en faut !

La commercialisation libre des vernis antifongiques fait que de nombreux patients viennent consulter avec un traitement déjà instauré et demandent un traitement enfin "efficace" après plusieurs mois (voire plusieurs années) d'application !

La mise en route d'un antifongique oral (terbinafine ou à défaut griséfuline pour les enfants) expose le patient à des effets secondaires certes rares mais parfois importants. Il est donc important d'avoir une preuve définitive de l'infection fongique avant tout traitement oral, voire avant tout traitement local !

Problèmes posés par l'examen mycologique

Force est de constater les limites de l'examen mycologique "classique" de

laboratoire de biologie médicale (examen direct et mise en culture). Son rendement est faible, c'est-à-dire avec de nombreux faux négatifs, alors que l'allure clinique évoque fortement une onychomycose, à savoir :

- ligne ou tache blanche/jaune (leuconychie vraie longitudinale ou non);
- hyperkératose sous-unguéale friable (en opposition à l'hyperkératose compacte de l'ongle "mécanique") (**fig. 1**);
- caractère unilatéral et non symétrique;
- contamination progressive de plusieurs ongles par proximité sur le même pied;
- présence d'un intertrigo interdigital suggérant une dermatophytie régionale, un intertrigo inguinal, ou même une dermatite palmoplantaire squameuse qualifiée empiriquement de "psoriasis" ou d'eczéma" alors qu'il n'en est rien !



FIG. 1.

Les prélèvements effectués directement au cabinet sont faciles à réaliser en curetant les débris sous-unguéaux pour examen mycologique; mais, très souvent, le résultat est stérile et il faut expliquer au patient que l'on n'a aucune certitude sur la présence ou non de champignons bien que la clinique le suggère fortement. Il est nécessaire de trancher un dilemme majeur : attendre et prélever dans 3 mois ou traiter à long terme, sans preuve diagnostique objective et sans garantie de résultat ?

L'examen histomycologique

1. Technique de prélèvement

L'examen histomycologique est indolore, simple à faire au cabinet et rapide. À l'aide d'une pince podologique (**fig. 2**), tout en protégeant ses yeux des projections de kératine dure avec une paire de lunettes, on effectue un découpage d'un ou deux fragments de tablette unguéale (les plus compacts possible avec l'hyperkératose sous-jacente) (**fig. 3, 4 et 5**), suivi d'un dépôt dans un tube de formol à 10 % "classique" comme pour un examen de biopsie de peau habituel et standard (**fig. 6**).

Il est important de signaler sur le bon d'analyse qu'il s'agit de fragments de tablette unguéale (kératine dure) pour que le technicien fasse attention à ne



FIG. 2.



FIG. 3.



FIG. 4.



FIG. 5.



FIG. 6.

pas abîmer son dermatome lors du découpage des fragments en lamelles. Des colorations HES et PAS seront faites avec lecture au microscope : la réponse revient en 15 jours, précisant la présence ou non de filaments mycéliens dans la tablette.

2. Avantages

La technique est simple, indolore et rapide. Elle est plus fiable qu'un prélèvement mycologique "classique", en pratique souvent faussement négatif [1]; même les agents fongiques "morts" sous l'effet des traitements antérieurs peuvent être dépistés. Le caractère pathogène de l'agent est mis en évidence puisqu'il est présent dans la tablette, ce qui écarte une contamination du prélèvement ou une colonisation des débris périunguéaux et sous-unguéaux. Certains diagnostics différentiels seront ainsi écartés : onychodystrophie traumatique, psoriasis.

Cette biopsie de la tablette distale peut être réalisée après application de pomade à l'urée pendant 3 semaines, ce qui permet dans le même temps d'effectuer une avulsion mécanique d'une large partie malade de la tablette unguéale, et participe de façon évidente au traitement de l'onychomycose en réduisant la charge fongique de l'ongle. Un relais par un vernis antifongique sur les résidus du lit de l'ongle sera ensuite prescrit : la pénétration du topique dans l'appareil unguéal sera évidemment largement augmentée.

La cotation CCAM : QZFA020 (ADC activité 1) "Exérèse partielle ou totale de la tablette d'un ongle" qui vaut 46,79 euros (tarif secteur 1) est applicable.

Le laboratoire peut envoyer la copie du compte rendu anatomopathologique au patient qui sera beaucoup plus motivé pour se traiter pendant plusieurs mois en ayant la preuve "écrite" et "tangible" de son infection.

REVUES GÉNÉRALES

Ongles

Le pathologiste peut apporter, dans le compte rendu, des arguments en faveur d'une cause traumatique psoriasique ou infectieuse: présence de dépôts sanguins dans la tablette/polynucléaires neutrophiles/parakératose... Il peut même observer des aspects microscopiques en faveur de dermatophytes plutôt que de levures ou de moisissures.

Sur le plan économique enfin, l'examen histomycologique est coté P100 (P = 0,28 euros, soit 28 euros) contre B70 ou B110 (B = 0,27 euros soit 29 euros 70 cts). Le prélèvement fait au laboratoire est quant à lui facturé à part, soit PB qui vaut 2,52 euros) pour l'examen direct + culture mycologique standard.

3. Désavantages

Il n'y a aucune certitude quant à savoir si les agents fongiques sont "vivants" au prélèvement est *a priori* un désavantage, mais est-ce un obstacle au traitement oral antifongique? S'ils sont dans la tablette, logiquement les dermatophytes sont pathologiques et non saprophytes ou contaminants (à l'inverse des moisissures)!

L'examen histomycologique ne permet pas de diagnostic d'espèce, mais est-ce un vrai problème, sachant que la large majorité des onychomycoses des pieds est liée à une infection par dermatophytes [2] (*Trichophyton species*: la candidose des pieds est exceptionnelle chez l'immunocompétent)? En tout cas, la terbinafine orale est fongicide pour toute espèce de dermatophytes, qu'elle soit anthropophile, zoophile ou géophile? Bien entendu, en cas de doute sur une candidose unguéale ou un onyx à moisissures, on pourra faire appel à un prélèvement mycologique classique (à distance de tout traitement antifongique local ou oral, soit 3 mois) avec examen direct et culture en laboratoire.

Une atteinte psoriasique ou mécanique de l'ongle associée n'est pas exclue

POINTS FORTS

- ➞ Le diagnostic mycologique est souvent posé de façon empirique (visuellement) sans preuve mycologique définitive. Pourtant, tout traitement antifongique d'un ongle, avant d'être débuté, devrait être étayé par un diagnostic (mycologique) de certitude.
- ➞ L'examen mycologique "classique" de biologie médicale (examen direct et mise en culture) est de faible rendement, c'est-à-dire avec de nombreux faux négatifs, ce qui complique l'approche thérapeutique d'un onyx au quotidien.
- ➞ L'examen histomycologique s'effectue directement au cabinet à l'aide d'une pince podologique par découpage d'un ou deux fragments de tablette unguéale (les plus compacts possibles avec l'hyperkératose sous-jacente), suivi d'un dépôt dans un tube de formol à 10 % "classique" comme pour un examen de biopsie de peau standard.
- ➞ L'examen histomycologique est simple, indolore, rapide et plus fiable qu'un examen mycologique "classique".
- ➞ L'examen histomycologique de l'ongle trouve donc amplement sa place comme examen de première intention pour établir un diagnostic de certitude d'une onychomycose.

par cet examen, mais l'infection fongique est prioritaire à traiter dans un premier temps.

Conclusion et perspectives

Dans l'avenir, ne pourrait-on pas appliquer ce même procédé de *shaving* de la kératine (épluchage à la lame de scalpel) sur l'épiderme humain dans les parties hyperkératosiques? Je l'ai fait moi-même avec demande de coloration PAS; cela m'a permis dans plusieurs cas de prouver un diagnostic d'épidermomycose alors que le patient était traité de façon inadaptée pour un eczéma ou un psoriasis palmoplantaire avec des dermocorticoïdes!

À l'heure où la dermatologie comme la médecine deviennent technologiques et font appel à des examens complémentaires de plus en plus élaborés, cet article est un plaidoyer pour revenir régulièrement à des fondamentaux, tout comme

le cytodagnostic de Tzanck pour diagnostiquer un herpès dans une lésion vésiculobulleuse.

L'examen histomycologique de l'ongle a plus d'avantages et moins d'inconvénients que l'examen mycologique direct avec culture. Il a donc amplement sa place comme examen de première intention pour établir un diagnostic de certitude d'une onychomycose.

Bibliographie

1. BARAN R, DAWBER RPR, HANEKE E *et al.* A text Atlas of Nail Disorders. Techniques in investigation and diagnosis. Chapitre 8: onychomycosis and its treatment, 1996, p. 155
2. BARAN R, HAY R, HANEKE E *et al.* Les mycoses unguéales : étapes diagnostique et thérapeutique. 2006 UK 2^e édition; p. 63-64

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.