

L'ANNÉE THÉRAPEUTIQUE

Quoi de neuf en pathologie unguéale ?



→ R. BARAN

Professeur honoraire de l'Université de Franche-Comté
Centre de Diagnostic et Traitement des maladies des ongles, CANNES.

Cette année s'est avérée particulièrement riche en sujets divers concernant la pathologie unguéale.

Maladies systémiques

>>> De nouvelles observations confirment la fréquence d'une coloration brun-orangé des ongles d'enfants atteints de la **maladie de Kawasaki** [1]. Cette chromonychie a porté sur tous les ongles, 7 jours après l'apparition d'une fièvre élevée. Les auteurs [1] ont pratiqué une biopsie des replis unguéaux des ongles en pince qui a révélé un œdème, une dilatation vasculaire et un infiltrat inflammatoire. Chromonychie et ongles en pince semblent donc consécutifs à une anomalie de la microcirculation et à des modifications histopathologiques.

La croissance des ongles des doigts explique le retard avec lequel se fait la guérison des ongles des orteils, qui poussent deux fois moins vite.

>>> La **maladie de Hailey-Hailey** a retrouvé un gain d'intérêt avec le travail de l'école de Dijon [2] sur la valeur diagnostique de l'examen unguéal au cours du pemphigus chronique bénin familial. Les auteurs ont utilisé un instrument polarisant DermLite hybrid ou DermLite Foto Dermoscopy et un appareil photographique Canon PowerShot A610.

Le signe le plus important est bien la présence de lignes blanches longitudinales nettement marquées. Les auteurs ont défini ces bandes de façon plus strictes que S. Burge car la dermoscopie polarisée permet une analyse plus précise de l'aspect des tablettes. D'autres signes parfois associés à la leuconychie (bandes rouges longitudinales, hémorragies filiformes, bordure irrégulière de la lunule et marbrures de celle-ci) ne sont pas des signes distinctifs. Les caractères de l'atteinte unguéale suggèrent une anomalie primitive de la matrice distale ou du lit.

Dans une étude portant sur la fréquence de la leuconychie longitudinale dans la maladie de Hailey-Hailey et la maladie de Darier, Kostaki *et al.* [3] ont rapporté la réponse aux questions posées à 42 patients (16 avec Hailey-Hailey et 26 avec maladie de Darier). 11 parmi les 16 (68,8 %) atteints de Hailey-Hailey et 16 parmi les 26 (61,5 %) avec maladie de Darier ont découvert la présence de bandes blanches sur un ou plusieurs ongles. Un patient souffrant de Hailey-Hailey (6,3 %) et 3 de Darier (11,5 %) ont indiqué qu'une leuconychie était surve-

nue dans le passé, mais avait disparu. Ces observations furent confirmées chez 8 malades après examen de photos qu'ils avaient prises eux-mêmes.

Il est curieux de constater que les auteurs qui se sont attardés sur certains aspects de l'appareil unguéal n'aient pas retenu que N. Zaias estime que les bandes blanches finissent par rougir et que, pour P. Samman, les bandes rouges blanchissent... Ce qui ne facilite pas l'interprétation des statistiques !

Sardi et Ruzicka [4] ont traité deux patients atteints de maladie de Hailey-Hailey chez lesquels l'alitrétinoïne, 30 mg/jour, en association avec la prednisolone d'abord, seulement chez l'un d'eux, et de façon isolée chez l'autre. Cela a permis d'obtenir un bon résultat à condition de ne pas interrompre le traitement. Les épisodes de rechute étaient rapidement maîtrisés par les thérapies locales.

Avec la doxycycline, à raison de 100 mg/j pendant 3 mois au minimum, une amélioration chez les 6 patients de Le Saché-de Peuffeilhoux *et al.* [5] fut observée de 1 semaine à 3 mois après le début du traitement. Des rechutes furent constatées à des périodes variables. Le maintien avec une demi-dose a semblé bénéfique chez les patients qui avaient rechuté. Outre leur potentiel antibiotique, les cyclines ont des propriétés anti-inflammatoires et une activité anti-collagénase.

>>> Les **ongles en raquettes** sont relativement fréquents. Cette anomalie génétique est due à une oblitération précoce des cartilages de conjugaison de la

PATHOLOGIE UNGUÉALE

phalange osseuse distale. En revanche, l'acquisition de cette dysplasie, où les ongles sont courts, larges et plats n'est pas habituelle à l'âge adulte.

Nous avons observé des ongles en raquettes acquis [6] chez un sujet de 20 ans présentant cette disgrâce sur tous les doigts, sauf les auriculaires. Les orteils étaient également indemnes. Le patient n'avait aucun membre de sa famille porteur de cette déformation. Un bilan biologique complet dévoilait le coupable : une élévation de la parathormone à 110,3 au lieu de 15 à 85, permettant de porter le diagnostic de d'hyperparathyroïdisme.

>>> Des affections aussi diverses que le **syndrome xanthonychique** et le lichen plan peuvent avoir un dénominateur commun [7]. Nous avons mis l'accent, dans notre dernier travail de 2014, sur les substances utilisées au cours de la restauration dentaire, et nous avons montré – littérature médicale à l'appui – l'intérêt de la recherche de titane dans les ongles et d'un inventaire allergologique orienté.

>>> Le **syndrome de Hoigné** est le nom le plus fréquemment attribué à une pathologie dénommée de manière fort différente selon les auteurs.

Ce travail a pour but d'indiquer, de façon indubitable, qu'une simple injection de prednisolone dans le repli sus-unguéal est susceptible de produire une douleur dorsale, une dyspnée puis des céphalées dans les 2 minutes suivant l'injection intralésionnelle avec sensation de mort imminente.

Pour expliquer la physiopathologie de cet accident thérapeutique, nous avons passé en revue les différents médicaments responsables du syndrome de Hoigné en comparant la dimension des cristaux utilisés à celle du diamètre des capillaires pulmonaires. Le laboratoire responsable de la préparation du pro-

duit injecté nous a indiqué que la taille des microcristaux était de 2 à 4 µm vs les 8 µm du diamètre moyen des capillaires pulmonaires. Tous les symptômes du syndrome de Hoigné peuvent donc s'expliquer, en particulier pulmonaires et psychiatriques [8].

>>> La valeur pronostique des **anomalies anxieuses dans la GVDH chronique** n'a pas été étudiée chez l'enfant.

Le travail de Huang *et al.* [9] a cherché à combler cette lacune en examinant 11 enfants gravement atteints au cours d'une période de 2 ans. Leur travail conclut que la présence d'une dystrophie unguéale, d'un œdème périphérique persistant ainsi qu'une éosinophilie périphérique sont les signes avant-coureurs de la GVDH chronique cutanée de l'enfant. L'existence d'un *pterygium inversum unguis* peut être un indice de gravité de l'atteinte pulmonaire.

>>> Une femme de 40 ans a été exposée au **monoxyde de carbone** pendant son sommeil. Réveillée par un bip sonore, elle fut sauvée d'une issue fatale. Transportée en ambulance sous oxygène vers un service d'urgence, elle s'est montrée agitée, confuse, atteinte d'une céphalée intense et d'une vision trouble. Quelques heures plus tard, elle quittait l'hôpital, mais le CO avait déjà montré ses effets néfastes : les extrémités de tous les doigts étaient altérées comme si une morsure avait emporté le bord distal du lit unguéal, visible par transparence. La couleur des ongles proximaux était rose ; puis, à mesure qu'on s'approchait du bord distal, elle devenait plus rouge et finalement bleuâtre [10].

>>> Un homme de 30 ans, atteint d'une **maladie de Crohn** depuis 18 ans, avait subi six résections de son intestin grêle et de son côlon. Il était maintenu sous un régime parentéral total. Il remarque, à un moment, que depuis 2 semaines un changement de couleur des ongles s'est produit : les mains et les pieds paraissent



Fig. 1 : Leuconychie vraie proximale par carence en sélénium.

blanchâtres dans leur moitié proximale (**fig. 1**) contrastant avec la moitié distale rosée. Seule anomalie à la lecture des examens biologiques : un taux très bas de sélénium 2 µg/dL au lieu de 10,6-17,4 µg/dL. Un traitement de 100 µg de **sélénium** pendant 8 semaines a permis d'obtenir la disparition progressive de la leuconychie vraie (matricielle) et sa guérison en 14 semaines [11].

>>> Une patiente âgée de 63 ans, atteinte d'une **tumeur à cellules de Sertoli-Leydig**, présentait des ongles aplatis et principalement concaves à leur terminaison (8 doigts sur 10). Ces modifications étaient particulièrement marquées à l'index et au médus des deux mains. Cet aspect ne se rencontre qu'au cours des anémies ferriprives. Il est intéressant de noter que les modifications vers la normalisation des tablettes ont débuté après la cure chirurgicale et la normalisation du profil hormonal de la malade. Il semble donc que les manifestations observées étaient secondaires à l'hyperandrogénémie. En réalité, cela demande confirmation avant d'appeler cette variété de koïlonychie le signe "d'Al-Hendy", comme le proposent les auteurs [12].

Pigmentation mélanique

>>> Une étude coréenne [13] portant sur 25 patients atteints de **mélano-nychie longitudinale** a permis aux auteurs d'établir que tous les cas (avec

bande mélanonychique étroite (≤ 3 mm)) étaient bénins. Lorsque la bande dépasse une largeur de 3 mm, ou lorsque le signe de Hutchinson est présent, un diagnostic histopathologique précoce s'impose vu le risque de mélanome (3 cas dans cette étude) et celui d'une hyperplasie mélanocytaire atypique (2 cas).

>>> Un jeune italien de 9 ans attire l'attention des auteurs [14] par la présence sur l'annulaire gauche d'une **mélanonychie longitudinale** présente depuis 2 ans, qui s'est étendue rapidement et dont la coloration pâle virait au brun. La dermoscopie montrait des bandes irrégulièrement espacées dont la couleur allait du clair au foncé. Seule une bordure latérale de la tablette était épargnée. L'extension de la pigmentation sur le repli sus-unguéal indiquait la présence d'un signe de Hutchinson et l'examen histopathologique un mélanome *in situ*.

>>> Un homme de 70 ans [15] consulte pour la présence d'un **nodule en dôme** de 12 mm $\times$ 7 mm **soulevant l'extrémité de la tablette**. De coloration brun-rouge, elle est nettement symétrique. Sa surface comporte des points allant du bleu au noir. L'examen dermoscopique montre des globules de taille variable, largement distribués. L'histologie indique une tumeur faite de mélanocytes et composée de nids de taille variable à la jonction dermo-épidermique avec des mélanocytes atypiques dans le derme. Cette tumeur de l'hyponychium, sans mélanonychie, suggère que des mélanocytes atypiques peuvent apparaître dans la région distale du lit et l'hyponychium. Seuls 3 cas de mélanome du gros orteil (y compris celui-ci) sans mélanonychie ont été rapportés au Japon. À ce jour, des données dermoscopiques comme un voile blanc bleuâtre, un patron vasculaire atypique et une pigmentation bleue homogène ont été considérés comme évocateurs de mélanome. Dans le cas présent, la dermoscopie a montré une distribution généralisée des points/globules de taille et de densité variables

et un réseau épais sans pigment. Ces constatations dermoscopiques apportent un indice supplémentaire au diagnostic de mélanome.

Tumeurs non mélaniques

>>> La **maladie de Bowen** périunguéale est inhabituelle [16]. Cette variété peut être le fait d'une radiodermite, d'un traumatisme chronique, d'une exposition orale à l'arsenic et d'une infection HPV, en particulier de type 16. La maladie de Bowen périunguéale peut simuler des affections bénignes comme la paronychie chronique, l'eczéma périunguéal, des verrues vulgaires; il peut retarder le diagnostic correct et favoriser sa progression invasive. La dermoscopie constitue une aide diagnostique pour les formes non pigmentées sur d'autres zones corporelles en montrant des amas de vaisseaux hélicoïdaux et des îlots de squames. Elle peut aussi révéler, dans cette forme périunguéale, des critères de chevauchement avec la forme classique. Cependant, les vaisseaux sont généralement de faible diamètre avec une distribution diffuse plutôt qu'en îlots.

>>> Si les **tumeurs sous-unguéales de l'incontinentia pigmenti (IP)** peuvent entraîner des destructions locales, habituellement elles ne sont pas malignes.

Pena et Brewer [17] rapportent l'observation d'un cas de carcinomes spinocellulaires multiples, développés à l'emplacement des tumeurs sous-unguéales de l'IP, chez une patiente de 36 ans aux fonctions immunes normales.

La biopsie sous-unguéale d'une tumeur verruqueuse douloureuse décelait un EOA spinocellulaire invasif de MD1 suivi, 6 mois plus tard, de l'apparition de lésions identiques sur MG2, 3 et 4. La technique de Mohs fut utilisée dans tous les cas. Plus récemment, une papule sous-unguéale de MD2 a donné lieu au même diagnostic et au même trai-

tement. Toutefois, l'apparition d'une récurrence *in situ* a poussé les auteurs à refaire une biopsie qui s'est montrée plus compatible avec une tumeur sous-unguéale de l'IP. Des biopsies prélevées sur MG4, PD1 et 5 ont soutenu le même diagnostic, et un test HPV sur PG5 s'est avéré négatif.

Il est intéressant d'évoquer la loi des séries dans la mesure où Mahmoud *et al.* [18] rapportent un cas très proche de celui décrit plus haut. Le diagnostic différentiel doit éliminer une verrue vulgaire, un EOA spinocellulaire et un kératoacanthome (KA). Une anamnèse détaillée et les corrélations cliniques et pathologiques sont les clés pour distinguer les tumeurs sous-unguéales de l'IP des KAs. Les caractères distinctifs résident dans leur récurrence chez les femmes jeunes avec lésions multiples pendant plusieurs années et, bien entendu, des signes cliniques d'IP.

Les KA sont plus fréquents chez les hommes ayant dépassé la quarantaine, et sont le plus souvent uniques. Les tumeurs sous-unguéales de l'IP se développent en quelques semaines, relativement plus vite que la plupart des EOA spinocellulaires. Contrairement à celles-ci, les érosions osseuses des tumeurs de l'IP sont probablement le résultat d'un phénomène de pression plutôt que d'une invasion véritable des tissus et de l'os sous-jacent.

Le traitement initial des tumeurs sous-unguéales de l'IP est classiquement l'excision chirurgicale avec curetage de l'os. La technique de Mohs donne les meilleurs résultats tout en préservant l'extrémité du doigt. Les rétinoides sont une option intéressante, surtout préventivement.

>>> La croissance d'un **follicule pileux en position ectopique sous-unguéale** est une situation exceptionnelle que Emeksic *et al.* ont rencontré [19] sur le deuxième orteil droit d'un enfant de

PATHOLOGIE UNGUÉALE

16 mois. Il semble s'agir du 3^e cas décrit dans la littérature.

Traitements "anti-cancer"

>>> **La chimiothérapie entraîne une toxicité sur l'appareil unguéal** [20]. L'onycholyse résulte d'une atteinte des attaches du lit unguéal; elle est commune avec les taxanes dont l'incidence avec le docétaxel, agent causal le plus fréquent, varie de 0 % à 44 %. D'autres effets adverses s'expriment sous forme de lignes de Beau, d'hémorragies sous-unguéales, de pigmentation de la tablette, de paronychie aiguë et d'hématomes filiformes. Elles peuvent toucher 88 % des patients. Il est particulièrement intéressant de noter que l'intégrité des fibres nerveuses périphériques est indispensable pour que les modifications unguéales puissent se développer. Les gants et les bas réfrigérés ont grandement limité le risque de complications unguéales. Certains agents chimiothérapeutiques comme les anthracyclines avec la doxorubicine, la daunorubicine et l'idarubicine causent une pigmentation longitudinale, transversale ou diffuse de la lame, avec ou sans coexistence pigmentaire cutanéomuqueuse.

>>> Les inhibiteurs de l'EGFR peuvent provoquer une paronychie et la formation de granulome pyogénique chez 10 à 30 % des patients. Ce type de traitement est également responsable d'un ralentissement de la croissance unguéale du développement d'onycholyse et de la fragilité des ongles. À côté des phénomènes diarrhéiques importants, des éruptions cutanées d'apparence acnéiforme et, plus précisément, papulopustuleuses – parfois déclenchées après exposition solaire – on a décrit des paronychies des mains et des pieds, habituellement légères, contrairement aux atteintes importantes déclenchées par les dernières générations d'inhibiteurs de tyrosine kinase [21]. Signalons pour mémoire que les premières géné-

rations, erlotinib et gefitinib, n'avaient pratiquement jamais produit ce genre de complications. Aux stades 1 et 2, sont recommandés: les antibiotiques topiques ou antiseptiques, les compresses vinaigrées (solution de vinaigre blanc à 50 %, 15 minutes, quotidien) et le propionate de clobétasol 2 fois/jour. Au stade 3 où les activités de la vie quotidienne sont très limitées, il faut interrompre l'afatinib et le reprendre à dose réduite (10 mg) après que le patient soit repassé aux stades 1 ou 2. Parfois l'avulsion unguéale s'impose, le traitement antibiotique systémique également (tétracyclines et antimicrobiens, en évitant l'érythromycine).

Onychomycoses

>>> **La prévalence de l'onychomycose dans l'ensemble de la population** n'est pas facile à évaluer [22]. Cette infection est commune, et les chiffres cités dans la littérature indiquent qu'elle est très élevée. La prévalence en Europe et en Amérique du Nord s'élevait à 4,3 % dans les études basiques de la population, mais atteignait 8,9 % dans les études hospitalières. Dans les 2 cas, l'onychomycose était plus fréquente sur les orteils et observée plus souvent chez l'homme. L'agent causal, chez 65 % des sujets, était un dermatophyte. L'agent habituel était *Trichophyton rubrum* chez 44,9 % des patients. Des moisissures étaient retrouvées dans 13,3 % des malades et des levures chez 21,1 %. En conclusion, nous estimons que les onychomycoses sont certainement une maladie commune, mais moins qu'on ne le dit dans la littérature, car les études hospitalières pourraient avoir surestimé leur prévalence.

>>> **Asymmetric gait nail unit syndrome** (AGNUS) a été décrit par Zaias [23], le très grand onychologue américain, responsable de la première classification des onychomycoses. AGNUS résulte d'une pression asymétrique de

la chaussure sur les orteils et le pied, causée par un pied irrégulièrement plat. La pression produit des modifications cliniques des ongles des orteils identiques à celles rencontrées avec tous les types cliniques d'onychomycose à dermatoses et à champignons opportunistes. Cependant, on ne trouve pas spécialement de dermatophytes, mais AGNUS produit des signes additionnels qui rendent l'identification des champignons plus aisée. Sa coexistence avec une maladie fongique a enrichi la littérature de nouveaux types cliniques d'onychomycose, de signes identifiants une résistance médicamenteuse ou annonçant une guérison complète après traitement antifongique ou systémique... En réalité, AGNUS a simplement une étiologie mécanique et peut coexister avec une dermatophytose dont on connaît la "susceptibilité" héréditaire et avec n'importe quelle autre maladie affectant les ongles des orteils.

>>> Ikeda *et al.* [24] rapportent un cas de **paronychie récalcitrante** à *Fusarium* chez un homme de 42 ans atteint de maladie de Behçet et recevant cyclosporine et corticostéroïdes. Le pathogène, *Fusarium solani* était résistant à de multiples antifongiques. La guérison ne fut obtenue que par un traitement occlusif avec une crème à l'amorolfine à 0,5 % pendant 3 mois.

>>> Carvalho *et al.* [25] décrivent le 1^{er} cas d'**onychomycose congénitale** à *Fusarium oxysporum*. Cette infection acquise *in utero* a été prouvée par les méthodes biologiques moléculaires, identifiant à la fois le champignon dans la tablette unguéale et le placenta, très probablement par contamination/infection chez une mère, immunodéprimée VIH positive.

>>> Galvan Garcia [26] a traité 120 patients atteints d'onychomycose et dont le KOH (+) confirmait le diagnostic clinique, par une seule session avec un **1064 nm (Nd:YAG) laser Q-switch**. Au

cours des 9 mois de suivi, il y eut 100 % de *clinical response* sans effets secondaires. Bien entendu, nous ne devons pas confondre *success* et *response* qui ne signifie qu'amélioration.

Dermatoses

>>> Un patient âgé de 53 ans constate l'existence de lésions kératosiques palmaires depuis 2-3 ans avec multiples papules et desquamation, extrêmement prurigineuses des deux mains. Cette atteinte s'accompagne d'une fragilité des ongles des mains, en particulier du pouce gauche où, en plus de striations longitudinales, on constate la présence d'un ptérygion dorsal. La biopsie cutanée montre un infiltrat dense lymphohistiocytaire occupant quatre papilles

dermiques. Cordoba *et al.* [27] concluent à l'existence d'un **lichen nitidus**. Étrange, car aucun des autres cas de la littérature n'a montré la présence d'un ptérygion unguéal !

>>> **L'arthrite psoriasique (PsA)** est une maladie systémique inflammatoire chronique avec des signes et des symptômes typiques à la fois du psoriasis et de l'arthrite [28]. On passe facilement à côté du PsA puisque plus de 80 % des patients présentent une symptomatologie psoriasique avant de développer celle d'un PsA. On sait que la gravité de l'implication unguéale est déterminée par le site de la réaction inflammatoire. Les dermatologues sont donc au cœur d'une position susceptible de détecter le PsA au tout début du processus morbide.

>>> L'article de Langenbruch *et al.* [28] nous laisse sur notre faim dans la mesure où il n'explore pas la responsabilité intrinsèque de chacun des différents **signes de l'atteinte unguéale permettant de détecter précocement le PsA**. En dépouillant les données de la littérature, nous avons pu classer en tête des signes annonciateurs [29] l'onycholyse (**fig. 2**)



FIG. 2 : Onycholyse psoriasique avec érythème proximal.

PATHOLOGIE UNGUÉALE

suivie des dépressions ponctuées, de l'effritement de la tablette, enfin de l'hyperkératose sous-unguéal. L'IRM semble indiquer que l'atteinte de l'appareil unguéal est la principale manifestation de la souffrance de la phalange distale due au développement du PsA. L'échographie est l'examen de premier choix pour la détection précoce du PsA ; c'est une technique facilement reproductible, d'application rapide et peu coûteuse. On voit donc que la présence des signes que nous avons énuméré triple la probabilité du déclenchement d'un PsA, selon les critères CASPAR.

>>> Pour conclure, l'école de Nimègue, réévaluant tous les scores concernant le psoriasis unguéal, a considéré que celui que nous avons publié en 2004 était jusqu'ici le plus adapté [30]. En modifiant partiellement notre index de sévérité, le **N-NAIL (Nijmegen-Nail psoriasis Activity Index tool)** [31] tient compte maintenant des cinq signes physiques les plus importants :

1. onycholyse/tache d'huile de Milian,
2. dépressions ponctuées,
3. émiettement de la tablette,
4. sillons transversaux (lignes de Beau),
5. hyperkératose sous-unguéal.

Les dix ongles des doigts sont évalués en fonction des signes précédents dont l'addition forme le score final.

Bibliographie

1. TSUBAKIMOTO W, KATO H, YAMAMOTO K. Chromonychia and pincer nail deformity after Kawasaki disease: Report of a case. *Skin Research*, 2014;13:108-111.
2. BEL B, SOUDRY-FAURE A, VABRES P. Diagnostic value of nail examination in Hailey-Hailey disease. *EJD*, 2014;5:628-629.
3. KOSTAKI D, CASTILLO JC, RUZICKA T *et al*. Longitudinal leuconychia striata: is it a common sign in Hailey-Hailey disease and Darier disease? *JEADV*, 2014;28:126-127.
4. SARDI I, RUZICKA T. Successful therapy of refractory Hailey-Hailey disease with alitretinoïne. *Br J Dermatol*, 2014;170:209-211.
5. LE SACHÉ-DE PEUFELHOUX L, RAYNAUD E, BOUCHARDEAU A *et al*. Familial benign chronic pemphigus and doxycycline: review of 6 cases. *JEADV*, 2014;28:370-373.
6. BARAN R, TURKMANI MG, MUBKI T. Acquired racquet nails: a useful sign of hyperparathyroidism. *JEADV*, 2014;28:254-259.
7. BARAN LR. Yellow nail syndrome and nail lichen planus may be induced by a common culprit. Focus on dental restorative substances. <http://journal.frontiers.in.org/Journal/10.3389/fmed.2014.00046/full>
8. BARAN R. Proximal nail fold intralesional steroid injection responsible for Hoigné Syndrome. *JEADV*, 2014;28:1563-1565.
9. HUANG JT, DUNCAN CN, BOYER D *et al*. Nail dystrophy, edema, and eosinophilia: harbingers of severe chronic GVHD of the skin in children. *Bone Marrow Transplant*, 2014;49:1521-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2014.01.894.e65-7>
10. HATAMI M, NAFTOLIN F, KHATAMEE MA. Abnormal fingernail beds following carbon monoxide poisoning: a case report and review of literature. *J Med Case Reports*, 2014;8:263.
11. HASUNUMA N, UMEBAYAS HI, MANABE M. True leukonychia in Crohn Disease induced by Selenium Deficiency. *JAMA Dermatol*, 2014;150:779-780.
12. MOGHAZY D, SHARAN C, NAIR M *et al*. Sertoli-Leydig cell tumor with unique nail findings in a post-menopausal woman: a case report and literature review. *J Ovarian Research*, 2014;7:83.
13. KIM G, HUH JW, JEONG Y *et al*. Clinico pathologic study of longitudinal melanonychia. *J Dermatol*, 2014;41:92.
14. BONAMENTE D, ARPAIA N. In Situ melanonychia of the nail unit presenting as a rapid growing longitudinal melanonychia in a 9-year-old boy. *Dermatol Surg*, 2014;40:1155-1157.
15. YAMAMOTO S, HARADA K, ANDO N *et al*. Nodular melanoma on the hyponychium: Clinical and dermoscopic features. *J Dermatol*, 2014;41:277-278.
16. GIACOMEL J, LALLAS A, ZALANDEK I *et al*. Periungual Bowen disease mimicking chronic paronychia and diagnosed by dermoscopy. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2014.01.894.e65-7>
17. PENA ZG, BREWER JD. Multiple subungual squamous cell carcinomas in a patient with Incontinentia Pigmenti. *Dermatol Surg*, 2014;40:1159-1161.
18. MAHMOUD BH, ZEMBOWICZ A, FISHER E. Controversies over subungual tumors in Incontinentia Pigmenti. *Dermatol Surg*, 2014;40:1157-1159.
19. EMEKSIC MC, UZARKOCAK M. Subungual ectopic hair. *JEADV*, 2014;28:1263-1264.
20. MILLER K, GORCEY L, McLELLAN B. Chemotherapy-induced hand-foot syndrome and nail changes: A review of clinical presentation, etiology, pathogenesis, and management. *J Am Acad Dermatol*, 2014;71:787-794.
21. MELOSKY B, HIRSH V. Management of common toxicities in metastatic NSCLC related to anti-lung cancer therapies with EGFR-TKIs. *Frontiers in Oncology*, 2014;4:238.
22. SIGURGEIRSSON B, BARAN R. The prevalence of onychomycosis in the global population. A literature study. *JEADV*, 2014;28:1480-1491.
23. ZAIAS N, REBELL G, ESCOBAR S. Asymmetric gait nail unit syndrome: the most common worldwide toenail abnormality and onychomycosis. *SkinMed*, 2014;12:217-223.
24. IKEDA I, OHNO T, OHNO H *et al*. Case of Fusarium paronychia successfully treated with occlusive dressing of antifungal cream. *J Dermatol*, 2014;41:340-342.
25. CARVALHO VO, VICENTE VA, WERNER B *et al*. Onychomycosis by Fusarium oxysporum probably acquired in utero. *Med Mycol Case Rep*, 2014;6:58-61.
26. GALVAN GARCIA HR. Onychomycosis: 1064-nm:Yag q-switch laser treatment. *J Cosm Dermatol*, 2014;13:232-235.
27. CORDOBA S, TARDIO JC, BORBUJO JM. Keratotic lesions on the palms and nail abnormalities. *Actas Dermo Sifiliograficas*, 2014 (in press).
28. LANGENBRUCH AK, RADTKE M, KRENSEL M *et al*. Nail involvement as a predictor of concomitant psoriatic arthritis in patients with psoriasis. *Br J Dermatol*, 2014;171:1123-1128.
29. BARAN R, SIGURGEIRSSON B. Psoriatic nail disease, a predictor of psoriatic arthritis. *Br J Dermatol*, 2014;171:935-936.
30. BARAN R. A nail psoriasis severity index. *Br J Dermatol*, 2004;150:568-569.
31. KLASSEN KMG, VAN DE KERKHOF PCM, BASTIAENS MT *et al*. Scoring nail psoriasis. *J Am Acad Dermatol*, 2014;70:1061-1066.

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