

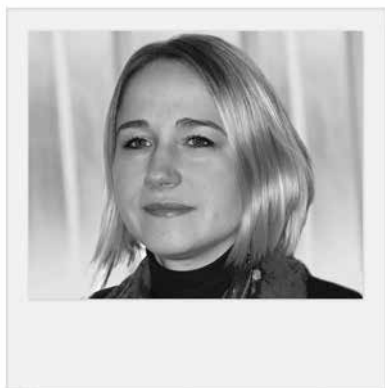
LE DOSSIER

Pathologies unguéales

Prise en charge d'un ongle douloureux

RÉSUMÉ : L'onychalgie n'est pas un motif rare de consultation en dermatologie. Sa prise en charge repose sur un interrogatoire soigneux et un examen clinique précis, permettant parfois le diagnostic immédiat. Le recours à des examens complémentaires doit être judicieux, faisant d'abord appel à la radiographie, avant de compléter l'exploration par une éventuelle IRM, un scanner voire une avulsion chirurgicale.

La connaissance des causes de douleurs unguéales est indispensable pour asseoir le diagnostic: elles couvrent le large éventail des causes inflammatoires infectieuses et non infectieuses, tumorales, vasculaires et iatrogéniques. Certaines douleurs sont hautement suggestives (kératoacanthome sous-unguéal) voire typiques (tumeur glomique). En dehors des causes les plus fréquentes, il convient de garder à l'esprit des étiologies plus rares mais tout aussi douloureuses.



→ **M. CAUCANAS^{1, 2},
B. RICHERT¹**

¹CHU Brugmann, Saint-Pierre et
hôpital universitaire des Enfants
Reine Fabiola, Université libre de
Bruxelles, BRUXELLES, Belgique.

²Clinique Saint-Jean Languedoc,
TOULOUSE.

La phalange terminale est richement innervée par 60 % des axones des nerfs digitaux, responsables de la douleur unguéale. Celle-ci se produit dans le cadre d'une configuration anatomique unique: l'absence d'interposition de tissu sous-cutané entre la tablette unguéale et l'os de la phalange sous-jacente ainsi que la présence d'attaches fibreuses collagéniques amarrant fermement l'ongle à la phalange terminale rendent l'espace sous-unguéal virtuel, sans possibilité de dilatation.

L'interrogatoire méticuleux cherchera à qualifier la douleur: son mode d'apparition (rapide, progressive, insidieuse), son type (continue, répétitive, pulsatile, lancinante), son intensité (aiguë, modérée, faible), son rythme (diurne, nocturne, sans horaire), l'existence de facteurs déclenchants, aggravants ou apaisants (pression, température, élévation du membre, prise médicamenteuse). Un antécédent traumatique éventuel de l'appareil unguéal ainsi que les occupations professionnelles ou de loisirs devront être précisés.

L'examen complémentaire de premier choix reste la radiographie. L'IRM affine un diagnostic, détaille les rapports anatomiques de toute tumeur solide, en facilite l'abord chirurgical et permet de comprendre des sensations douloureuses post-chirurgicales en localisant précisément des lésions satellites non excisées ou des kystes d'implantation. L'avulsion permettra la biopsie ou la biopsie-exérèse de la lésion responsable [1].

Causes tumorales

1. La tumeur glomique

Elle présente le plus souvent une triade clinique classique: douleur intense, élective et déclenchée par le froid. L'aspect typique est une coloration bleue rougeâtre du lit unguéal ou de la lunule (**fig. 1**). La concentration élevée en corps glomiques dans la région sous-unguéale explique la fréquence de 75 à 90 % des tumeurs glomiques sur ce site. En pratique, trois tests cliniques constituent le diagnostic:



Fig. 1: Tache bleutée de la partie proximale du lit. La pression déclenche une douleur exquise: tumeur glomique.

- le test de la sensibilité au froid déclenche la douleur par un glaçon appliqué à la surface unguéale;
- le test de Love localise précisément la tumeur par sondage par une pointe mousse sur l'ongle;
- et le test de Hildreth induit un soulagement de la douleur par l'ischémie transitoire obtenue par un brassard gonflé à plus de 300 mmHg.

La radiographie montre une érosion osseuse dans 48 % des cas. L'échographie peut montrer une hypoéchogénicité. L'IRM détecte les tumeurs dès 2 mm, avec des images d'hypointensité en T1, d'hyperintensité marquée en T2 et un rehaussement après gadolinium en T1 [2].

2. Le kératoacanthome

Il est responsable d'une douleur qui augmente progressivement en intensité et en durée, bien que certaines tumeurs n'entraînent qu'une douleur légère. L'atteinte distale génère un doigt érythémateux et œdématié; l'atteinte proximale s'accompagne d'une paronychie douloureuse. La tumeur a une prédilection pour les trois premiers doigts de la main, où elle se développe très rapidement, en quelques semaines. Une onycholyse partielle précède l'apparition d'un nodule kératosique croûteux sur le lit unguéal distal. On peut retrouver un antécédent traumatique préalable. Des cas de kératoacan-

thomes multiples sous-unguéaux sont associés à une *incontinentia pigmenti*.

La radiographie révèle une ostéolyse bien circonscrite, sans sclérose ou réaction périostée, résultat de la compression rapide induite par la tumeur. La tumeur présente une échogénicité mixte. L'IRM met en évidence la tumeur, avec un signal intermédiaire en T1 et un hypersignal en T2 avec fin rehaussement périphérique. Après traitement chirurgical, la réossification de la lacune osseuse est possible [3].

3. L'exostose sous-unguéale

Bien que la lésion ne soit pas intrinsèquement douloureuse, la douleur est une plainte fréquente. C'est le plus souvent une gêne au chaussage et à la pression. L'image clinique est un nodule hyperkératosique sous-unguéal ferme, émergeant au bord libre, surélevant la tablette unguéale, sans la détruire (**fig. 2**). L'exostose sous-unguéale est une tumeur fréquente de l'adolescent, unique, acquise et bénigne, touchant souvent le gros orteil. La radiographie est diagnostique et montre une masse ostéocartilagineuse apposée à la phalange distale.



Fig. 2: Tumeur soulevant la tablette unguéale sans la détruire. Douleur au chaussage. Présence d'une collerette périphérique délimitant la lésion: exostose.

4. Le cor sous-unguéal

Il déclenche une douleur intense, circonscrite à la partie médiane distale

du gros orteil. Cette lésion hyperkératosique sous-unguéale est secondaire à des troubles de la statique de l'avant pied (*hallux erectus*), entraînant la friction de l'extrémité unguéale sur le toit de la chaussure. Elle peut parfois être hématique et de coloration noirâtre. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire [2].

5. Ostéome ostéoïde

Il est responsable d'une douleur caricaturale nocturne, soulagée par la prise de salicylés. Occasionnellement, il est non douloureux. C'est la tumeur osseuse bénigne la plus fréquente, qui touche surtout le garçon entre 7 et 25 ans. La tumeur peut se situer à distance du site douloureux et s'accompagne d'un œdème et d'une sensibilité locale à la pression, voire d'une réelle hypertrophie de la phalange distale. La radiographie montre un nidus moyennement opaque aux rayons X, associé à un degré de sclérose variable. L'examen de référence est le CT scan [4].

6. Enchondrome (chondrome centro-osseux)

Cette tumeur cartilagineuse douloureuse de la phalange distale est associée à une déformation digitale, une fracture pathologique ou une dystrophie unguéale. Elle est solitaire, multiple ou associée à la maladie d'Ollier ou au syndrome de Maffucci. La radiographie montre des lésions bien définies, modérément radio-opaques, pouvant contenir des calcifications ponctuelles.

7. Kyste d'implantation intra-osseux

La douleur est au premier plan. Une augmentation de l'extrémité ou une déformation de l'ongle peut s'observer. C'est une tumeur qui se développe le plus souvent sur les phalangettes digitales et sur le crâne. L'étiologie exacte n'est pas connue, mais un antécédent traumatique est retrouvé chez la plupart des patients

LE DOSSIER

Pathologies unguéales

(blessure ou chirurgie). La radiographie découvre une ostéolyse très bien définie accompagnée d'un amincissement de la corticale ou d'une érosion, mais pas de sclérose osseuse.

8. Métastases

Elles sont rares et constituent exceptionnellement la présentation clinique initiale de la néoplasie primitive. Asymptomatiques ou très douloureuses, elles sont souvent associées à un saignement spontané. Le doigt est érythémateux, œdématisé et l'ongle déformé. Le pouce est la localisation de prédilection, et la lésion peut être prise à tort pour une paronychie surinfectée. La radiographie révèle une ostéolyse. Elles sont essentiellement issues d'une néoplasie pulmonaire (41 %), génito-urinaire (17 %) ou mammaire (9 %). Le pronostic est très sombre avec une survie inférieure à 6 mois [2].

Causes inflammatoires

1. Infectieuses

>>> **Le panaris bactérien** est très douloureux. Son diagnostic est facile. Il ne doit pas être confondu avec le panaris herpétique.

>>> **Le panaris herpétique (fig. 3)** présente une phase prodromique associant



FIG. 3 : Paronychie partielle du repli sus-unguéal avec présence de quelques vésicules. Leur apparition a été précédée de prodromes. Douleur intense non corrélée à l'aspect clinique : panaris herpétique.

des sensations de brûlure, de démangeaison et d'irritation. Deux à 3 jours plus tard, apparaît la poussée vésiculeuse qui génère une douleur pulsatile parfois accompagnée de symptômes généraux. Le diagnostic est clinique. La culture virale et le cytodagnostic de Tzanck le confirment [5].

>>> **L'abcès de Brodie** est exceptionnel. Il survient dans un contexte post-traumatique compliqué de l'enkystement d'un abcès. La radiographie montre une lésion lytique avec sclérose périphérique, et l'IRM montre un aspect typique en cible.

>>> **L'onychomycose** hyperkératosique peut être responsable de douleurs au chaussage, de même que le périonyxis douloureux des onychomycoses à moisissures.

2. Non infectieuses

>>> **L'incarnation unguéale** peut être extrêmement douloureuse. Dans la forme juvénile, la douleur, l'érythème, l'œdème et l'hyperhidrose s'accompagnent d'une paronychie subaiguë et d'un tissu de granulation hypertrophique. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire [6]. L'ongle en pince génère une douleur qui peut aller jusqu'à réveiller le patient par le simple effleurement du drap de lit. Elle n'est pas corrélée à l'intensité de l'hypercourbure transversale et peut être totalement absente dans certains cas. La radiographie montre une ostéoarthrose avec pincement articulaire et formation d'ostéophytes [7]. La rétronychie (**fig. 4**) est une forme moins connue d'incarnation unguéale où plusieurs tablettes s'empilent sous le repli proximal, entraînant une inflammation douloureuse, souvent accompagnée d'un tissu de granulation [8].

>>> **Le psoriasis unguéal** serait douloureux pour la moitié des patients [9], ce qui peut faire errer le diagnostic et imposer la biopsie.



FIG. 4 : Refoulement douloureux du repli sus-unguéal, xanthonychie et arrêt de la croissance unguéale : rétronychie.

>>> **La dermatomyosite** peut s'accompagner d'une inflammation douloureuse du repli sus-unguéal (signe de la manucure) imposant le dosage des facteurs antinucléaires.

Causes vasculaires

1. Engelures

Les engelures sont prurigineuses ou douloureuses. Érythémateuses ou bleutées, œdématisées, elles se développent sur les faces dorsales des doigts et des orteils, 12 à 24 heures après une exposition au froid. D'autres localisations peuvent être associées. Le bilan d'exploration minimum doit rechercher un lupus érythémateux systémique, une cryoglobulinémie, un syndrome antiphospholipides, une macroglobulinémie de Waldenström et une leucémie myélo-monocytaire chronique [10].

2. Acrosclérose

Les ulcérations digitales associées à l'acrosclérose sont extrêmement douloureuses. La radiographie met en évidence une acro-ostéolyse dans 20-25 % des cas. Une étude récente démontre qu'elle est associée à l'ischémie digitale [11].



Fig. 5 : Onycholyse hémorragique très douloureuse de tous les ongles des mains chez une patiente sous taxotère pour néoplasie mammaire.

Causes iatrogéniques

1. Traitements anticancéreux

Les taxanes peuvent induire des hémorragies sous-unguéales (**fig. 5**) variablement douloureuses, avec ou sans onycholyse [12], et des abcès sous-unguéaux particulièrement douloureux. Les anti-EGFR entraînent une onychalgie chez 10 à 15 % des patients après 4 à 8 semaines de traitement, sous forme de paronychie et de granulomes pyogéniques des replis unguéaux [13]. Les rétinoïdes et les inhibiteurs de protéases sont également susceptibles d'entraîner des granulomes pyogéniques unguéaux [14].

2. Photo-onycholyse

L'onychalgie peut précéder de 1 à 4 semaines la survenue de la photo-onycholyse. Les photo-onycholyses sont pour la plupart consécutives à la prise de dérivés de tétracyclines [15].

Conclusion

Les causes des onychalgies sont multiples. L'interrogatoire soigneux, couplé à l'examen clinique et une imagerie complémentaire pertinente permet le plus souvent le diagnostic. La prise en charge est celle de l'affection responsable.

Bibliographie

1. RICHERT B, BARAN R. L'ongle, de la clinique au traitement. Éd. Med Com. 2^e édition.
2. TOSTI A, RICHERT B, PAZZAGLIA M. Tumors of the nail apparatus. In: Nails: diagnosis, therapy, surgery. Scher RK, Daniel CR, Éditeurs, 3^e édition, Elsevier Saunders 2005, pp. 195-204.
3. ANDRÉ J, RICHERT B. Subungual kerato-acanthoma. *Ann Dermatol Venerol*, 2012; 139:68-72.
4. LAURENCE N, EPELMAN M, MARKOWITZ RI *et al.* Osteoid osteomas: a pain in the night diagnosis. *Pediatr Radiol*, 2012;42: 1490-1501.
5. RUBRIGHT JH, SHAFRITZ AB. The herpetic whitlow. *J Hand Surg Am*, 2011;36: 340-342.
6. Richert B. Surgical management of ingrown toenails – an update overdue. *Dermatol Ther*, 2012;25:498-509.
7. Baran R, Haneke E, Richert B. Pincer nails: definition and surgical treatment. *Dermatol Surg*, 2001;27:261-266.
8. DE BERKER DA, RICHERT B, DUHARD E *et al.* Retronychia: proximal ingrowing of the nail plate. *J Am Acad Dermatol*, 2008;58:978-983.
9. JONG EM, SEEGER BA, GULINCK MK *et al.* Psoriasis of the nails associated with disability in a large number of patients: results of a recent interview with 1,728 patients. *Dermatology*, 1996;193:300-303.
10. VANO-GALVAN S, MARTORELL A. CHILBLAINS. *CMAJ*, 2012;184:67.
11. JOHNSTONE EM, HUTCHINSON CE, VAIL A *et al.* Acro-osteolysis in systemic sclerosis is associated with digital ischaemia and severe calcinosis. *Rheumatology (Oxford)*. 2012;51:2234-2238.
12. GHETTI E, PIRACCINI BM, TOSTI A. Onycholysis and subungual haemorrhages secondary to systemic chemotherapy (paclitaxel). *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2003;17:459-460.
13. SEGAEART S, VAN CUTSEM E. Clinical signs, pathophysiology and management of skin toxicity during therapy with epidermal growth factor receptor inhibitors. *Ann Oncol*, 2005;16:1425-1433.
14. PIRACCINI BM, BELLAVISTA S, MISICIALI C *et al.* Periungual and subungual pyogenic granuloma. *Br J Dermatol*, 2010;163:941-953.
15. BARAN R, JUHLIN L. Photoonycholysis. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*, 2002;18:202-207.

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

Picato : une étape nouvelle dans le traitement des kératoses actiniques

LEO Pharma met aujourd'hui à la disposition des médecins, Picato, un gel topique indiqué chez l'adulte dans le traitement cutané des kératoses actiniques discrètes, cliniquement typiques, non hyperkératosiques, non hypertrophiques.

Pour cibler les différentes zones anatomiques, le gel Picato existe en deux dosages : un gel à 150 mg/g pour les kératoses actiniques du visage et du cuir chevelu et un gel à 500 mg/g destiné au traitement du tronc et des extrémités. Le schéma thérapeutique de Picato se caractérise par la brièveté de la durée du traitement : 3 jours consécutifs pour la forme à 150 mg/g et 2 jours consécutifs pour la forme à 500 mg/g, toujours en une seule application par jour.

Au travers d'études incluant plus de 800 patients, Picato a prouvé son efficacité, avec à J57 : 63,9 % de rémissions complètes et partielles sur le visage et le cuir chevelu ; 49,1 % de rémissions complètes et partielles sur le tronc et les extrémités. À plus long terme, on a observé 46 % de maintien de rémission complète, au niveau du visage et du cuir chevelu à 12 mois et 44 % de maintien de rémission complète à 12 mois au niveau du tronc et des extrémités. La tolérance de Picato est satisfaisante. Aucun effet indésirable grave en lien avec le traitement n'a été observé à 1 an. On ne note pas de troubles de la pigmentation ni de la cicatrisation, et aucune absorption systémique n'a été détectée.

J.N.

D'après un communiqué de presse des laboratoires LEO Pharma