

LE DOSSIER

Pathologies unguéales

Paronychies

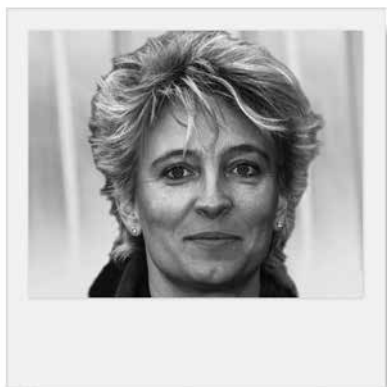
RÉSUMÉ : La paronychie aiguë monodactylique est le plus souvent bactérienne ou herpétique, médicamenteuse si polydactylique.

Les paronychies chroniques sont d'étiologies diverses : dermatologiques (psoriasis, eczéma...), occupationnelles (onychotillomanies, cosmétiques), infectieuses (*Candida*, *Fusarium*), systémiques (vascularites), médicamenteuses (rétinoïdes, antiviraux, antinéoplasiques, taxanes, Ac anti-EGFR), tumorales (carcinome, mélanome, métastase).

Toute paronychie monodactylique traînante inexpliquée doit bénéficier d'un contrôle histologique dans l'hypothèse d'une lésion tumorale maligne.

La paronychie chronique mono ou paucidactylique survenant chez des patients exposés à l'humidité (profession exposée), favorisée par la rupture de la barrière cuticulaire – dermatose à la fois irritative, allergique bactérienne candidosique – nécessite l'éviction stricte des contacts avec l'eau et l'humidité associée à une corticothérapie locale, des antibactériens et antifongiques locaux.

Aux orteils, s'ajoutent l'incarnation et la rétronymie, fréquemment causes de paronychie avec granulomes pyogéniques.



→ S. GOETTMANN-BONVALLOT
PARIS.

Une paronychie est une inflammation des tissus péri-unguéaux, soit du repli sus-unguéal et/ou des replis latéraux, favorisée par la rupture de la barrière cuticulaire. Elle peut être aiguë ou chronique, mono ou polydactylique, pouvant atteindre les doigts ou les orteils. **La paronychie aiguë nécessite un traitement urgent.**

Si la paronychie chronique des doigts est une entité particulière rencontrée en pratique courante, survenant chez des patients exposés personnellement ou professionnellement à l'humidité, les étiologies des paronychies sont multiples : infectieuses, dermatologiques, cosmétiques, systémiques, médicamenteuses. L'interrogatoire visant à situer le contexte dans lequel l'affection survient, est un élément diagnostique fondamental.

Aux orteils, la paronychie est souvent due à un conflit entre l'ongle et les replis

latéraux, ou le repli sus-unguéal au cours de la rétronymie.

[Rappel anatomique

La face ventrale du repli sus-unguéal et la matrice unguéale sont protégées des éléments extérieurs par la cuticule qui adhère à la face dorsale de la lame unguéale et qui ferme l'espace situé entre la face ventrale du repli sus-unguéal et la lame unguéale.

[Paronychies aiguës

Les paronychies aiguës sont le plus souvent bactériennes ou virales, rarement médicamenteuses et alors polydactyliques (taxanes). Le ralentissement ou l'arrêt transitoire de la pousse unguéale entraîne une ligne de transversale de Beau ou une onychomadèse (fracture transversale de la lame), apparaissant à la base de l'ongle en quelques semaines et migrant avec la pousse de l'ongle.

Éléments diagnostiques des paronychies

L'interrogatoire est un élément diagnostique majeur dans les paronychies, en particulier :

- terrain (diabète, immunosuppression, acrocyanose);
- ATCD médicaux et dermatologiques (psoriasis);
- prise médicamenteuse (rétinoïdes, antinéoplasiques...);
- onychophagie – succion du pouce (enfant);
- mode de vie, profession, activités;
- exposition à l'humidité, à l'eau, aux produits alimentaires;
- manucurie, utilisation de cosmétiques unguéaux;
- durée d'évolution;
- symptomatologie douloureuse ou non, prurit.

L'examen précise :

- le caractère mono ou polydactylique;
- l'atteinte unguéale associée (leuconychies-onycholyse-hyperkératose sous-unguéales);
- l'atteinte extra-unguéale (psoriasis, lichen, autre, etc.).

Les examens éventuels :

- prélèvement mycologique,
- prélèvement bactériologique,
- histologie de kératine unguéale,
- biopsie-histologie,
- imagerie (radiographies-échographie-IRM).

1. La paronychie bactérienne

Une inflammation brutale ou rapidement évolutive du repli sus-unguéal survient le plus souvent après une effraction cutanée péri-unguéale (replis péri-unguéaux, cuticule) (**fig. 1**). Il peut s'agir de "l'arrachage d'une envie" au cours d'une onychotillomanie, d'une onychophagie, d'une blessure lors d'une

manucurie ou de la pose de faux ongle en résine [1].

Staphylococcus aureus est souvent responsable, les autres pathogènes étant plus rarement isolés (streptocoques, bacilles Gram négatif, anaérobies exceptionnellement).

Après un délai de quelques jours, l'infection se manifeste par un érythème et un œdème douloureux péri-unguéal. L'évolution peut se faire vers une abcédation péri-unguéale puis sous-unguéale [2]. L'ongle peut alors être soulevé par la collection. L'exercice d'une pression sur la région pulpaire permet, en observant le blanchiment de la peau en regard, de voir la collection.

En l'absence d'évolution rapidement favorable sous bains antiseptiques prolongés pluriquotidiens (3 à 4 par jour), une antibiothérapie est conseillée par certains (pristinamycine, amoxicilline acide clavulanique en cas d'onychophagie dans l'hypothèse d'une infection à *Bacteroides*)

est controversée, le traitement devenant chirurgical.

Les paronychies aiguës débutantes peuvent être traitées par une association antibiotique et corticoïdes topiques. En cas d'abcédation, il faut drainer la collection du repli latéral ou sus-unguéal. Une collection superficielle peut s'évacuer en soulevant simplement le repli ou par une incision superficielle, indolore, ne nécessitant pas d'anesthésie locale. En l'absence d'amélioration rapide ou en cas de collection importante, un geste chirurgical s'impose pouvant nécessiter une avulsion unguéale partielle, voire totale, en fonction du siège et de l'importance de la collection.

Un prélèvement bactériologique est indispensable dans les formes graves. Une antibiothérapie est conseillée en cas de terrain particulier (immunosuppression, diabète). Les paronychies aiguës récurrentes peuvent passer à la chronicité.

2. La paronychie herpétique

Le risque de panaris herpétique chez le personnel soignant devrait conduire à une prophylaxie systématique par le port de gants pour les gestes à risque. Il peut être concomitant d'une atteinte muqueuse, par auto-inoculation (onychophagie).

La primo-infection herpétique se présente aux extrémités digitales, souvent le pouce ou l'index, par une paronychie aiguë extrêmement douloureuse, après une incubation de quelques jours. Les récurrences ont une symptomatologie atténuée. Sur l'œdème et l'érythème péri-unguéal, apparaissent pendant plusieurs jours (1 à 14) des vésicules groupées en bouquets, ou coalescentes avec formation de bulles. Le diagnostic peut être confirmé par un cytodiagnostics de Tzanck et la culture virale. Les traitements antiviraux améliorent la symptomatologie; un traitement antiseptique évite les surinfections.



FIG. 1 : Paronychie bactérienne aiguë du gros orteil après un soin de pédicurie.

LE DOSSIER

Pathologies unguéales

Paronychies chroniques

La paronychie chronique survient le plus souvent chez des personnes dont les mains sont exposées à l'humidité et/ou à l'eau et/ou aux produits détergents alcalins (restauration, ménage, blanchisserie, barman, infirmières, coiffeurs, etc.) (**fig. 2**). Un diabète, une immunosuppression sous-jacente, les troubles circulatoires distaux (acrocyanoose), la succion du pouce (enfant) sont des facteurs favorisants.

La rupture de la barrière cuticulaire permet l'intrusion de divers agents pathogènes bactériens et fongiques et de substances irritantes et/ou allergisantes sous la face ventrale du repli sus-unguéal. Plusieurs facteurs interviennent donc dans la genèse de l'affection : allergie de contact, hypersensibilité aux allergènes alimentaires et/ou au *Candida*, surinfection bactérienne et/ou fongique (*Candida albicans* présent dans plus de 90 % des cas, cocci et bacilles Gram négatif, *Pseudomonas*, mycobactéries atypiques), présence de corps étrangers (coiffeurs) [3, 4].

Plus fréquente chez la femme, mono ou paucidactylique ; elle touche surtout les premiers doigts de la main dominante. L'inflammation du repli sus-unguéal se



FIG. 2 : Paronychie chronique chez une cuisinière. Périonyxis, absence de cuticule, lignes transversales témoignant de poussées aiguës, coloration noirâtre des parties latérales de la lame unguéale.

traduit par un œdème et un érythème péri-unguéal chronique parfois prurigineux. L'évolution prolongée, en général plus de 6 semaines au moment du diagnostic, est émaillée de poussées aiguës parfois déclenchées par un contact prolongé avec l'humidité. La pression du repli sus-unguéal laisse sourdre un liquide puriforme. La cuticule est en général absente, laissant deviner un espace sous la face ventrale du repli sus-unguéal.

Dans les formes anciennes, le repli sus-unguéal apparaît comme un bourrelet dur fibreux rétracté dans sa partie distale cuticulaire. Le retentissement matriciel se traduit par des irrégularités de la surface de l'ongle et des lignes transversales successives. L'ongle peut être épais, opalescent et présenter une coloration brunâtre de ses parties latérales.

Le traitement passe avant tout par l'éviction stricte des contacts avec l'eau et l'humidité, par le port d'une double paire de gants coton plus latex ou vinyle pour tous les travaux humides et/ou caustiques. Il faut éviter les traumatismes (manucuries intempestives et l'onychophagie).

– La corticothérapie locale est prescrite en association avec des antifongiques topiques, du fait de la surinfection candidosique habituelle. La corticothérapie locale est plus efficace que les antifongiques systémiques [5], témoignant bien du rôle majeur des irritants et de la sensibilisation dans la genèse et l'entretien de l'affection.

– Le tacrolimus est également efficace.
– L'application d'émollients sur la région cuticulaire est souhaitable.
– Un traitement antifongique *per os* est rarement indiqué, une antibiothérapie *per os* n'est qu'exceptionnellement nécessaire, même en cas de poussée aiguë où un traitement antiseptique est suffisant.

L'évolution est favorable en quelques semaines sous traitement bien conduit, avec respect des consignes d'éviction de

l'humidité, mais la guérison complète avec réapparition des cuticules prend plusieurs mois.

Dans les paronychies chroniques récalcitrantes, des injections intralésionnelles de corticoïdes ont une bonne efficacité.

L'excision en bloc du repli sus-unguéal est réservée aux échecs des traitements médicaux, surtout en cas de profession exposée à des corps étrangers (coiffeurs) [6]. Une avulsion de la partie proximale de lame peut lui être associée, surtout chez les patients ayant des poussées aiguës, améliorant l'efficacité tout en conservant une couverture du lit unguéal distal qui guidera la repousse [7].

Paronychies chroniques infectieuses

1. Candidoses et moisissures

Rarement aiguës, souvent monodactyliques (sauf au cours de la candidose cutanéomuqueuse chronique), les paronychies candidosiques ou dues à des moisissures (*Candida*, *Fusarium* (**fig. 3**), *Scytalidium*, *Aspergillus*) s'accompagnent d'une atteinte unguéale secondaire avec leuconychies proximales, onycholyse, hyperkératose sous-unguéale plus ou moins importante (**fig. 4**).



FIG. 3 : Onycholyse, leuconychies proximales et paronychie dues à *Fusarium oxysporum*. Aspect tendu du repli sus-unguéal, cuticule en place.



FIG. 4 : Onycholyse, hyperkératose sous-unguéal et paronychie candidosique.



FIG. 5 : Paronychie chronique et psoriasis chez un patient manipulant des détergents.



FIG. 6 : Acropustulose psoriasique polydactylique avec paronychie, pustules du lit de l'ongle visibles à travers la tablette.

Le diagnostic repose sur la confrontation clinique et mycologique, voire histologique, un psoriasis monodactylique pouvant être évoqué.

2. Causes plus rares

Les lésions de la syphilis primaire (chancre d'inoculation) ou secondaire peuvent se localiser au repli sus-unguéal, les maladies d'inoculations (mycobactéries, tularémie), la leishmaniose également.

Paronychies dermatologiques

Nombreuses dermatoses peuvent se localiser à l'appareil unguéal et prendre l'aspect d'une paronychie chronique: psoriasis, eczéma, dermatite atopique, lichen, syndrome de Reiter, toxidermies, pemphigus [8]:

- un périonyxis psoriasique peut toucher plusieurs doigts ou orteils (**fig. 5**), l'acropustulose psoriasique (**fig. 6**) peut prendre le masque d'une paronychie subaiguë ou chronique avec pustules péri et/ou sous-unguéales, altérations de la lame unguéale qui peut être remplacée par des débris parakératosiques;
- au cours du lichen, le repli sus-unguéal inflammatoire prend une coloration violine;
- une atteinte de l'appareil unguéal est présente chez plus de 30 % des patients ayant un pemphigus, et une paronychie pauci ou polydactylique peut révéler la maladie;

– l'histiocytose X (paronychie et purpura sous-unguéal), l'érythème nécrolytique migrateur sont parmi les étiologies rares.

Paronychies chroniques monodactyliques tumorales

Le pseudo-kyste mucoïde, fréquemment observé aux doigts, peut se présenter comme une paronychie évoluant par poussées et responsable par compression matricielle d'une gouttière longitudinale. Le kératoacanthome, très douloureux, l'ostéome ostéoïde, l'enchondrome, un neurofibrome peuvent également prendre l'aspect d'une paronychie chronique. Une radiographie voire une IRM sont nécessaires.

Les tumeurs malignes peuvent également prendre le masque d'une paronychie (mélanome, maladie de Bowen, carcinome (**fig. 7**), métastase, voire car-



FIG. 7 : Paronychie chronique et lésion du lit de l'ongle: carcinome épidermoïde.

cinome basocellulaire, métastase). Toute atteinte unguéale monodactylique traînante inexpliquée, y compris une paronychie, doit faire évoquer la possibilité d'une tumeur et imposer une vérification histologique.

Paronychies des maladies systémiques

De nombreuses maladies systémiques peuvent s'accompagner de manifestations péri-unguéales. Les autres symptômes de la maladie aident au diagnostic étiologique de la paronychie: lupus, sclérodermie, vascularites (**fig. 8**), sarcoïdose (**fig. 9**) (granulome du repli sus-unguéal), infiltrat leucémique de la LLC. L'érythème péri-unguéal de la dermatomyosite est un élément diagnostique important. Le syndrome des ongles jaunes s'accompagne d'une paronychie



FIG. 8 : Paronychie chronique du pouce et de l'auriculaire chez une patiente ayant un syndrome de Raynaud.

LE DOSSIER

Pathologies unguéales



FIG. 9 : Paronychie au cours d'une sarcoïdose.



FIG. 10 : Paronychie au cours d'un syndrome des ongles jaunes.

en général discrète avec absence de cuticules (fig. 10). Le déficit en zinc peut générer une paronychie avec lésions vésiculo-bulleuses péri-unguéales (nutrition parentérale).

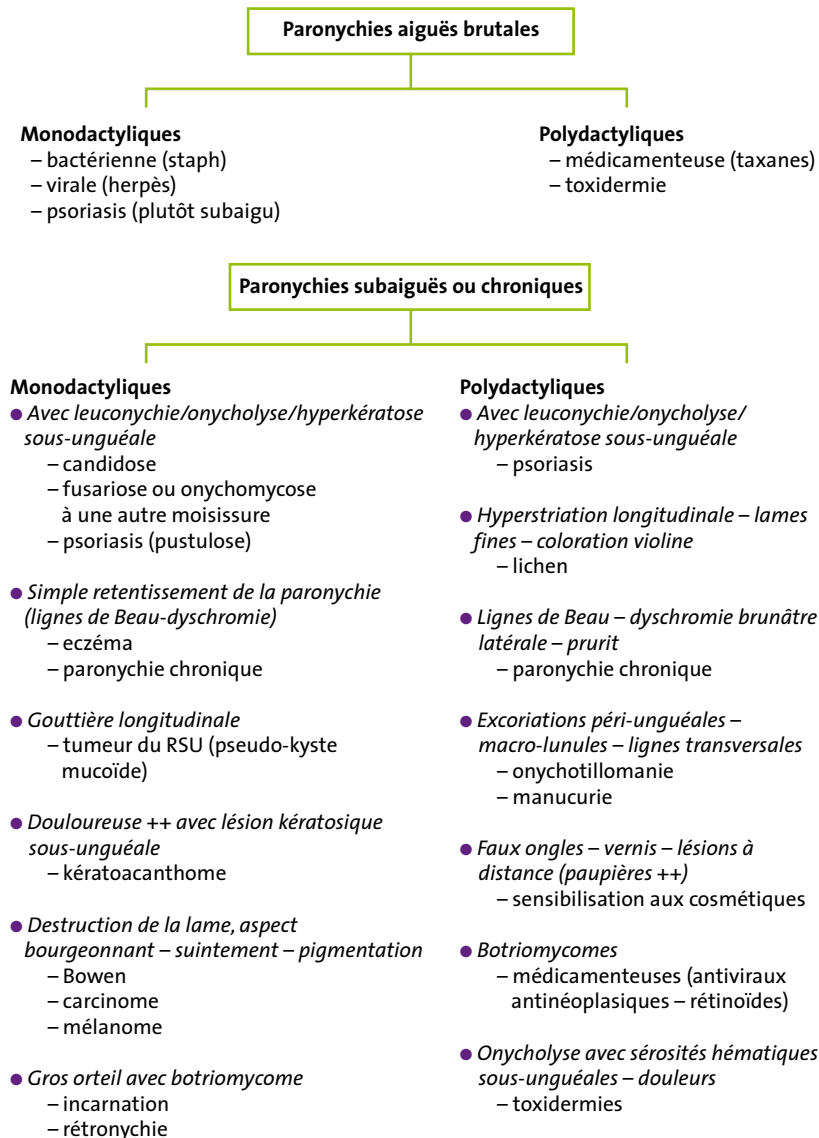
Paronychies médicamenteuses

Les **taxanes** sont responsables de paronychies aiguës toxiques, suivies d'onychomadèse ; une onycholyse par atteinte du lit de l'ongle peut s'y associer.

Les **rétinoïdes** sont connus pour induire une paronychie chronique avec granulomes pyogéniques, pouvant toucher plusieurs doigts et/ou orteils.

Certains **antiviraux** (indinavir) et **traitements antinéoplasiques** (anticorps monoclonaux anti-EGFR [cetuximab, gefitinib...], capécitabine) peuvent avoir cet effet "rétinoïde-like".

Éléments diagnostiques des paronychies



Jusqu'à 60 % des patients recevant un **anti-EGFR** auraient une paronychie [9]. Plusieurs ongles des doigts et/ou des orteils sont atteints ; le bourgeonnement peut être exubérant. Le paronychie survient après quelques semaines de traitement et rétrocede en quelques semaines après son arrêt. Le traitement repose sur une antisepsie et une corticothérapie locale.

La diminution des doses de rétinoides peut être efficace. Un changement de traitement antiviral peut être discuté.

Paronychies des onychotillomanies

Comme au cours du refoulement de la cuticule, les traumatismes de la région

cuticulaire, les excoriations péri-unguéales faites avec la bouche et/ou les mains sont susceptibles d'engendrer une paronychie chronique excoriée, peu inflammatoire, avec multiples irrégularités de surface des lames unguéales.

Paronychies dues aux cosmétiques

Un excès de manucurie (**fig. 11**) avec refoulement des cuticules peut conduire à une paronychie chronique polydactylique, le repli sus-unguéal est tuméfié et la cuticule absente. Un traumatisme avec effraction cutanée peut induire une paronychie bactérienne aiguë.

Le port de faux ongles en résine peut générer une paronychie par sensibilisation au monomère de la résine.



FIG. 11: Paronychie et onycholyse chronique chez une ménagère, par manucuries intempestives et expositions répétées à l'humidité.

Paronychies des orteils dues à l'enclavement de la lame unguéale dans les replis péri-unguéaux

1. Incarnation

L'incarnation de l'ongle du gros orteil dans les replis latéraux génère une paronychie du ou des replis latéraux avec

granulome pyogénique. Lorsque l'évolution est prolongée, le repli sus-unguéal est également inflammatoire.

En l'absence d'efficacité du traitement médical bien conduit (antiseptiques, dermocorticoïdes, méchage éventuel, nitrage du botriomycome), une intervention chirurgicale avec phénolisation des cornes matricielles est indiquée.

2. Rétronymie

La rétronymie atteint principalement les femmes et correspond à un trouble fonctionnel de la pousse unguéale d'un ou des deux ongles des gros orteils, survenant souvent au décours d'un traumatisme (frottement prolongé dans la chaussure). L'ongle n'avance plus et plusieurs couches de kératine unguéale superposées s'enclavent sous le repli sus-unguéal qui devient volumineux, inflammatoire, dur et douloureux. Une onychomadèse peut être visible à la base de la lame unguéale qui est jaune, épaisse. Un botriomycome masqué en partie par le repli sus-unguéal majore la paronychie (**fig. 12**). La rétronymie nécessite une avulsion



FIG. 12: Rétronymie: paronychie chronique du gros orteil et botriomycome du repli sus-unguéal.

unguéale chirurgicale qui confirme le diagnostic et permet la repousse unguéale [10, 11].

Bibliographie

1. ROBERGE RJ, WEINSTEIN D, THIMONS MM. Perionychial Associated with Sculptured Nails. *Am J Emergency Med*, 1999;17: 581-582.
2. ROCKWELL PG. Acute and chronic paronychia. *Am Fam Physician*, 2001;63: 1113-1116.
3. RIGOPOULOS D, LARIOS G, GREGORIOU S. Acute and chronic paronychia. *Am Fam Physician*, 2008;77:339-346.
4. TOSTI A, GUERRA I, MORELLI R *et al.* Role of foods in the pathogenesis of chronic paronychia. *J Am Acad Dermatol*, 1992; 27:706-710.
5. TOSTI A, PIRACCINI BM, GHETTI E *et al.* Topical Steroids versus systemic antifungals in the treatment of chronic paronychia: an open randomized double blind and double dummy study. *J Am Acad Dermatol*, 2002;47:73-76.
6. BARAN R, BUREAU H. Surgical treatment of recalcitrant paronychia. *J Dermatol Surg Oncol*, 1981;7:106-107.
7. GROVER C, BANSAL S, NANDA S *et al.* En bloc excision of proximal nail fold for treatment of chronic paronychia. *Dermatol Surg*, 2006;32:393-399.
8. BENHIBA H, HAMADA S, GUEROUAZ N *et al.* Pemphigus Vulgaris: an unusual clinical Presentation. *Ann Dermatol Venereol*, 2013;140:116-119.
9. PIRACCINI BM, ALESSANDRINI A. Drug-related nail disease. *Clinics in Dermatology*, 2013;31:618-626.
10. DE BERKER DA, RICHERT B, DUHARD E *et al.* Retronychia: a proximal ingrowing nail. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2008; 58:978-983.
11. ZARAA I, KORT R, MOKNI M *et al.* Retronychia: rare cause of chronic Paronychia. *Dermatol Online J*, 2012;15;18:9.

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