

LE DOSSIER

Pathologies unguéales

Mélanonychie fongique : à propos d'un cas

RÉSUMÉ : La mélanonychie fongique est une présentation rare de l'onychomycose. Le principal diagnostic différentiel est le mélanome unguéal. Il est donc important de reconnaître l'origine fongique devant une mélanonychie, afin d'éviter un traitement chirurgical parfois mutilant.

Le patient observé est un homme âgé de 55 ans, présentant depuis 1 an une mélanonychie longitudinale du gros orteil gauche. À l'examen, il s'y associe une hyperkératose sous-unguéale et des stries transversales de la tablette unguéale. Le prélèvement mycologique a mis en évidence un *Trichophyton rubrum nigricans*. Le patient a été traité par terbinafine pendant 6 mois.

Devant toute mélanonychie, une origine fongique doit être discutée. Certains éléments de l'examen clinique permettent d'évoquer une onychomycose. La dermoscopie est très utile dans cette situation en montrant des images évocatrices d'onychomycose. Un prélèvement mycologique est nécessaire pour porter le diagnostic précis d'une onychomycose et proposer un choix thérapeutique adapté.



→ I. ZARAA

Professeur agrégé au service de Dermatologie, Hôpital La Rabta, TUNIS, Tunisie.

La mélanonychie se définit comme une coloration brun-noir de l'ongle. La pigmentation peut être diffuse ou en forme de bande, réalisant une mélanonychie longitudinale. La mélanonychie longitudinale, qui est une pigmentation linéaire verticale de la tablette et/ou du lit de l'ongle, fait souvent redouter un mélanome unguéal. Elle est fréquemment d'origine mélanocytaire soit par activation (mélanonychie ethnique, de frottement), soit par prolifération bénigne (lentigo, nævus) ou maligne (mélanome *in situ*) des mélanocytes [1]. Plus rarement, il s'agit d'une origine mycosique [2].

Il est important que les mélanonychies fongiques soient identifiées par le dermatologue, de façon à éviter la pratique de biopsies unguéales. À travers une observation clinique de mélanonychie longitudinale fongique, nous nous proposons de discuter les différentes caractéristiques de cette forme clinique rare d'onychomycose.

Observation

Il s'agit d'un homme maghrébin âgé de 55 ans, sans antécédents pathologiques notables. Celui-ci rapporte l'apparition, depuis 1 an, d'une pigmentation de la tablette unguéale du gros orteil gauche (**fig. 1a**), qui paraît stable depuis. Il ne se souvient pas des circonstances d'apparition de la pigmentation. Il n'a pas été rapporté de notion de traumatismes répétés majeurs ou mineurs. Aucune prise médicamenteuse n'a été retrouvée, ni d'anomalies anciennes des ongles.

L'examen clinique du gros orteil gauche a retrouvé une hyperkératose sous-unguéale, une perte de la transparence de la tablette unguéale avec une coloration jaunâtre. Une mélanonychie longitudinale, noirâtre, homogène, médiane de 2 mm de largeur a été notée. Cette pigmentation concernait la partie la plus superficielle de la tablette unguéale (**fig. 1b**). La bande mélano-

LE DOSSIER

Pathologies unguéales



FIG. 1. A : Mélanonychie longitudinale du gros orteil gauche, plus large en distal. **B :** Pigmentation des couches superficielles de la tablette unguéale.

nychique paraissait plus large en distal qu'en proximal. À l'examen des autres orteils, une hyperkératose sous-unguéale modérée, associée à quelques stries transversales, a été retrouvée. Une kératodermie plantaire bilatérale était associée. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

Devant ce tableau clinique, un prélèvement mycologique a été pratiqué. L'examen direct réalisé par observation microscopique de fragments d'ongle entre lame et lamelle, dans une goutte de noir chlorazole, a montré la présence de filaments mycéliens. La culture réalisée sur milieu de Sabouraud a mis en évidence un *Trichophyton rubrum* (*T. rubrum*) *nigricans* (**fig. 2**). Le patient a été traité par terbinafine, à raison de 250 mg par jour pendant 6 mois, avec une évolution favorable.



FIG. 2 : Mise en évidence de *Trichophyton rubrum nigricans* à la culture sur milieu de Sabouraud.

Discussion

L'onychomycose est une pathologie fréquente. Au cours de cette infection mycosique de l'appareil unguéal, on observe, dans quelques cas, une pigmentation brune ou noire de la tablette unguéale. Cette pigmentation peut être diffuse, mais elle est parfois systématisée, réalisant alors une bande longitudinale [2, 3]. La mélanonychie fongique est une présentation rare de l'onychomycose disto-latérale [3]. Elle peut simuler des lésions mélanocytaires, d'où l'intérêt d'identifier l'origine mycosique, afin d'éviter une chirurgie radicale inutile. Certains éléments de l'examen clinique permettent d'évoquer une onychomycose devant une mélanonychie. Comme le montre notre observation, une bande mélanonychique plus large au bord libre de la tablette est un excellent signe pour évoquer sa nature fongique. D'ailleurs, ce signe peut être expliqué par la nature disto-latérale de la contamination fongique [3].

Devant toute mélanonychie, l'examen dermoscopique est une étape importante permettant d'aider à l'évaluation des caractéristiques de la pigmentation [4, 5]. L'analyse dermoscopique permet, dans la majorité des cas, de préciser l'origine mélanocytaire ou non de la lésion et ainsi d'éviter les

biopsies inutiles. Une étude menée sur 14 patients avec 20 ongles atteints, dont 7 mélanonychies longitudinales, a permis d'identifier certaines caractéristiques dermoscopiques des mélanonychies fongiques [4]. Il s'agissait dans 19 cas d'une pigmentation multicolore. Le principal patron dermoscopique était une pigmentation homogène. Toutefois, des agrégats pigmentés noirs (granules ou touffes pigmentées) étaient notés dans 16 cas. La présence d'une bande pigmentée triangulaire, plus large à l'extrémité distale qu'à l'extrémité proximale, et de striations transversales superficielles était également considérée comme caractéristique. Ces deux signes ont d'ailleurs été retrouvés chez notre patient à l'examen clinique.

La pratique du prélèvement mycologique doit être systématique devant toute suspicion d'une onychomycose. Il s'agit soit de champignons filamenteux, dermatophytes ou moisissures (dématiés), soit de levures [2, 3, 5]. *T. rubrum* est l'agent le plus commun des mélanonychies fongiques.

La liste des micro-organismes impliqués ne cesse de s'allonger et d'autres champignons ont été incriminés [2]: *Scytalidium dimidiatum*, *Acrothecium nigrum*, *Aspergillus niger*, *Alternaria alternata*, *Alternaria chlamydospora*, *Alternaria pluriseptata*, *Alternaria grisea tenuis*, *Alternaria humicola*, *Blastomycètes*, *Fusarium oxysporum*, *Botryodiplodia (Lasiodiplodia) theobromae*, *Chaetomium perpulchrum*, *Cladosporium (Cladophialophora) carionii*, *Cladosporium sphaerospermum*, *Curvularia lunata*, *Exophiala (Wangiella) jeanselmei*, *Exophiala (Wangiella) dermatitidis*, *Hormodendrum elatum*, *Trichophyton soudanense*, *Wangiella dermatitidis*, *Phyllostictina* Sydow, *Microascus desmosporus*, *Pyrenochaeta unguis-hominis*, et différentes variétés de *Candida* (*Candida albicans*, *Candida humicola*, *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis*).

Ces souches de champignons sont capables, dans certaines situations, de synthétiser de la mélanine, laquelle est responsable de la pigmentation de la tablette unguéale [2, 6]. Les mélanines fongiques sont synthétisées dans le cytoplasme et ensuite excrétées sous forme de polymères extracellulaires ou déposées dans la paroi cellulaire [6]. Elles se trouvent habituellement dans la paroi cellulaire des champignons, exceptionnellement dans le cytoplasme (*T. rubrum*). *T. rubrum* produit un pigment non granulaire soluble qui imprègne la tablette unguéale [5]. La mélanine confère plus de pathogénicité aux champignons, qui seraient plus résistants aux agressions externes (changement de température, radiations ionisantes), et dont la membrane résisterait mieux aux enzymes protéolytiques.

L'examen histologique d'un fragment de kératine unguéale est un examen simple qui permet de mettre en évidence l'ori-

gine mycosique (PAS +) mais sans en déterminer l'agent exact. Le recours à des techniques de biologie moléculaire (PCR, cytométrie en flux...) peut s'avérer utile dans certains cas.

Le traitement de la mélanonychie fongique est difficile [2]. Compte tenu de la faible incidence de cette forme d'onychomycose, il est difficile d'évaluer l'efficacité des molécules utilisées dans les observations publiées. Il est peu probable que de grandes études prospectives randomisées puissent être menées. En raison de la variabilité de la réponse aux antifongiques, le traitement doit se discuter espèce par espèce. Il serait intéressant à l'avenir d'utiliser des antifongiques ayant pour cible pharmacologique la mélanine fongique. Notre patient a été traité avec succès avec la terbinafine en dose quotidienne pendant 6 mois. D'autres molécules comme l'itraconazole ont également montré leur efficacité [2].

Bibliographie

1. BRAUN RP, BARAN R, LE GAL FA *et al.* Diagnosis and management of nail pigmentations. *J Am Acad Dermatol*, 2007; 56:835-847.
2. FINCH J, ARENAS R, BARAN R. Fungal melanonychia. *J Am Acad Dermatol*, 2012; 66:830-841.
3. BARAN R, HAY RJ. Nouvelle classification clinique des onychomycoses. *J Mycol Med*, 2014;24:247-260.
4. KILINC KARAARSIAN I, ACAR A, AYTIMUR D. Dermoscopic features in fungal melanonychia. *Clin Exp Dermatol*, 2015;40: 271-278.
5. WANG YJ, SUN PL. Fungal melanonychia caused by *Trichophyton rubrum* and the value of dermoscopy. *Cutis*, 2014; 94:E5-E6.
6. PERRIN C, BARAN R. Longitudinal melanonychia caused by *Trichophyton rubrum*. Histochemical and ultrastructural study of two cases. *J Am Acad Dermatol*, 1994; 31:311-316.

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