

Mises au point interactives – La main en dermatologie



I. ZARAA
Service de Dermatologie,
Hôpital Saint-Joseph,
PARIS.

Savez-vous examiner les ongles de vos patients ?

Pour chaque anomalie, on ne citera que les étiologies les plus fréquentes (la liste des pathologies n'est pas exhaustive).

Anomalies de la forme de l'appareil unguéal

Les principales anomalies de forme à rechercher sont :

- la koïlonychie : déformation “en cuillère” de la lame unguéale, concave vers le haut capable de retenir une goutte d'eau, volontiers associée à une hyperkératose sous-unguéale latérale. Les causes principales à rechercher sont les ongles fins et mous de toutes origines et la carence martiale (**fig. 1**) ;
- l'ongle en pince : marqué par l'accentuation de la courbure transversale de l'ongle qui s'accroît d'arrière en avant (**fig. 2**) ;



Fig. 1 : Koïlonychie.



Fig. 2 : Ongle en pince.

- l'anonychie : disparition partielle ou totale de la tablette unguéale ;
- l'onchogryphose : déformation de la tablette en “corne de bœuf” ;
- la brachyonychie : représentée par un ongle plus large que long, pouvant être congénitale ou acquise

Anomalies de la couleur de la tablette

La tablette unguéale peut prendre des colorations variées. On distingue :

- la leuconychie : coloration blanche de l'ongle, totale ou partielle (punctiforme, transversale ou longitudinale). Les leuconychies sont souvent post-traumatiques. Elles peuvent être observées au cours du psoriasis et de l'onchomycose (**fig. 3**) ;
- la mélanonychie : coloration brune ou noire de l'ongle. Il faut savoir distinguer les fausses mélanonychies (hématome, onchomycose, corps étranger) des vraies mélanonychies fonctionnelles ou organiques (naevus, lentigo mélanome). La mélanonychie peut être totale ou partielle ;
- la xanthonychie : couleur jaunâtre de l'ongle. La xanthonychie peut être exogène (tabac), endogène (ictère, médi-



Fig. 3 : Leuconychie (onchomycose).

Les pathologies unguéales sont variées et de diagnostic souvent difficile. Les symptômes sont peu nombreux et différentes affections peuvent avoir une même expression clinique.

La méconnaissance de certaines pathologies unguéales peut conduire soit à un retard diagnostique pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel ou vital du patient, soit à la prescription de traitements inadaptés, longs, inefficaces et coûteux.

L'examen des 20 ongles (doigts et orteils) fait partie intégrante de l'examen dermatologique (tégument, muqueuse, cuir chevelu). Un examen de toutes les structures de l'appareil unguéal doit être systématique, permettant d'orienter la démarche diagnostique.

Devant toute onychopathie, il faut préciser le siège au niveau des doigts ou des orteils, le nombre d'ongles atteints, la localisation matricielle et/ou au lit de l'ongle de l'atteinte, les signes fonctionnels associés tels qu'une onychalgie, le terrain du patient, les traitements déjà utilisés et leurs effets.

L'examen de l'appareil unguéal doit être minutieux et systématique. Il faut rechercher des anomalies :

- de la forme de l'appareil unguéal ;
- de la couleur de la tablette ;
- des attaches unguéales ;
- du pourtour unguéal ;
- de la surface de la tablette ;
- de la consistance de la tablette ;
- ainsi que les symptômes et tics.

Mises au point interactives – La main en dermatologie

camenteuse) ou d'origine fongique. L'association xanthonychie, hypercourbure des tablettes et arrêt de la croissance des ongles doit faire évoquer le syndrome des ongles jaunes;

– la rétronychie se manifeste souvent par une xanthonychie associée à un périonyxis, un arrêt de la croissance de la tablette et une onycholyse proximale. Elle est souvent douloureuse (**fig. 4**);

– la chloronychie, ou coloration verte de l'ongle, souvent associée à une onycholyse, est habituellement observée au cours de la colonisation par le pyocyanique, *Proteus*, *Candida*, plus rarement *Aspergillus* (**fig. 5**);

– l'érythronychie peut être localisée ou diffuse, systématisée ou non. Une lunule mouchetée est observée au cours des onychopathies inflammatoires (pelade, psoriasis, lichen). Devant une tache éry-



Fig. 4 : Rétronychie.



Fig. 5 : Chloronychie.



Fig. 6 : Érythronychie (onychopapillome).

thémateuse du lit/matrice, il faut savoir évoquer un angiome, une tumeur glomique, une tache saumon rouge orangé du psoriasis du lit, une papule de lichen. Un onychopapillome (**fig. 6**) ou une maladie de Bowen peuvent se traduire par une érythronychie longitudinale unique. Devant des lignes longitudinales multiples, on évoquera une maladie de Darier, un lichen, un psoriasis, une amylose;

– les hémorragies filiformes peuvent être observées dans les suites de microtraumatismes ou au cours de pathologies unguéales s'accompagnant d'une hyperkératose sous-unguéale (psoriasis, mycose, maladie de Darier). Des hémorragies filiformes des régions distales et proximales sont une des caractéristiques de l'onychomatricome.

Anomalies des attaches unguéales

On recherchera systématiquement:

– une onycholyse: décollement de la lame par rupture de ses attaches et absence d'adhérence au lit. Les étiologies sont multiples: traumatiques, médicamenteuses, tumorales, inflammatoires (notamment au cours du psoriasis ou du lichen), infectieuses (onychomycose). Toute onycholyse doit être découpée, permettant ainsi d'examiner le lit sous-jacent;

– une hyperkératose sous-unguéale: épaissement des tissus sous-unguéaux, lit de l'ongle et hyponychium. Elle est souvent associée à une pachyonychie ou une onycholyse. C'est un signe peu spécifique dont les étiologies sont variées. Un prélèvement pour examen histomycologique doit être réalisé pour éliminer l'onychomycose qui peut être seule ou associée à une onychopathie, notamment inflammatoire;

– un ptérygion: on distingue ptérygion dorsal, secondaire à une fusion entre le repli sus-unguéal et la matrice/lit, et le ptérygion ventral entre la face inférieure de la lame et l'hyponychium. Les causes sont multiples (traumatique, lichen, sclérodermie, pemphigoïde cicatricielle...).

Anomalies du pourtour unguéal

La paronychie, ou périonyxis, est une inflammation aiguë ou chronique des tissus périunguéaux. La paronychie aiguë est habituellement d'origine infectieuse.

Dans la paronychie chronique, le repli sus-unguéal proximal est boudiné, induré et rétracté. La cuticule est souvent absente. Il s'y associe des sillons transversaux de la tablette qui peut prendre une coloration jaune brunâtre, voire verdâtre. On retrouve la notion de trempage chronique dans l'eau/travaux humides.

Anomalies de la surface de la tablette unguéale

On distingue:

– les dépressions ponctuées: petites érosions cupuliformes à la surface de la lame unguéale. Quand elles sont en nombre limité, elles sont considérées comme physiologiques (< 5). Elles sont fréquentes dans le psoriasis (**fig. 7**) mais pas pathognomoniques;

– l'onychorrhexie: sillons longitudinaux superficiels à profonds, plus ou moins larges, pouvant se fissurer à leur extrémité;

– la trachyonychie: altérations superficielles (érosions ponctuées, sillons lon-



Fig. 7 : Ponctuations en dé à coudre (psoriasis).

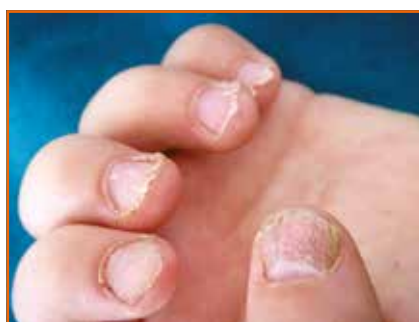


Fig. 8 : Trachyonychie.

gitudinaux, desquamation) de toute la surface de la tablette qui lui confèrent un aspect rugueux (**fig. 8**). Le type observé ne permet pas d'orienter le diagnostic étiologique;

- l'accentuation du relief longitudinal, observée au cours du vieillissement ou de la polyarthrite rhumatoïde;
- les lignes de Beau (dépression linéaire transversale de la tablette) et l'onychomadèse (cassure transversale entre l'ongle néoformé et l'ancienne tablette) : secondaires à un ralentissement ou à un arrêt transitoire de la pousse de l'ongle, elles

sont observées après un traumatisme, certaines toxidermies, infections virales, maladies fébriles, chimiothérapies;

- l'onychoschizie : caractérisée par un dédoublement lamellaire du bord libre de la tablette, plus rarement en proximal. Les causes principales sont les immersions répétées dans l'eau, le psoriasis, le lichen et les rétinoïdes;

- les dépressions longitudinales (fissure ou gouttière) : il faut distinguer la fissure unique des fissurations multiples (onychorrhexie) et du sillon large et profond (gouttière). Les étiologies sont variables : sillon unique médian (traumatisme, dystrophie canaliforme de Heller), gouttière (tumeur du repli sus-unguéal proximal).

Anomalies de la consistance de la tablette

L'hapalonychie désigne les ongles mous (enfant, immersions répétées).

La scléronychie est observée au cours du syndrome des ongles jaunes.

Symptômes et tics

On distingue :

- les onychalgies : douleur de l'appareil unguéal dont les causes sont multiples. Les principales étiologies sont les traumatismes, les paronychies aiguës, l'herpès simplex, l'ongle en pince, l'ongle incarné, le kyste épidermique, le cor sous-unguéal, la tumeur glomique, l'exostose, le pseudokyste mucoïde;

- l'onychophagie : habitude de se ronger les ongles;

- l'onychotillomanie : manipulation intempestive de l'ongle et de son pourtour.

Conclusion

L'appareil unguéal peut être le siège de dermatoses diverses (psoriasis, eczéma, pelade, lichen, etc.), de pathologies infectieuses (bactériennes, mycosiques, virales), tumorales bénignes variées (pseudokyste mucoïde, fibrokératome, exostose) et malignes (carcinomes, mélanomes) ainsi que de pathologies mécaniques (onychotillomanie, dystrophie par microtraumatismes répétés aux orteils).

L'interrogatoire et l'examen clinique constituent une étape primordiale pour poser le diagnostic positif. Des examens complémentaires sont parfois demandés tels que le prélèvement mycologique, l'examen histologique de la kératine unguéale et/ou la biopsie de l'appareil unguéal, la radiographie voire l'échographie et l'imagerie par résonance magnétique de haute résolution.

Toute lésion monodactylique chronique non expliquée doit être biopsiée avec étude histologique dans l'hypothèse d'une lésion tumorale.

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