Revues générales

Les dermatoses unguéales inflammatoires

RÉSUMÉ : L'accompagnement d'une atteinte paronychique microbienne, fongique, parasitaire ou virale nécessite le plus souvent un traitement spécifique pouvant aller jusqu'à l'avulsion unguéale.
Si les formes chroniques peuvent compliquer une variante aiguë, le champ des investigations augmente avec l'hypersensibilité cutanée au contact de certains aliments. De surcroît, des affections dermatologiques (psoriasis, lichen plan, etc.) ainsi que des maladies systémiques (leucémie par exemple) peuvent s'observer.
Nous avons tenu à faire une place aux abcès sous-unguéaux, trop souvent ignorés, et aux ongles verts, fréquemment observés et "maltraités".

R. BARAN
Centre de diagnostic et traitement des maladies des ongles, CANNES.

Anatomie

L'ongle prend naissance dans une invagination qui a pour toit le repli sus-unguéal (RSU) arrimé sur l'ongle par la partie ventrale de la cuticule. Les 4/5e antérieurs de la face inférieure du RSU s'appellent "éponychium" et le 1/5e postérieur qui s'enroule autour du bord libre de la tablette naissante constitue la matrice proximale, c'est-à-dire la majeure partie de la matrice.

Celle-ci se poursuit sous la tablette à laquelle elle est fortement adhérente. La matrice n'est visible, par transparence, qu'au niveau de la lunule que continue le lit unguéal jusqu'à l'hyponychium, une extension sous-unguéale de l'épiderme proximal de l'extrémité du doigt située en avant du lit de l'ongle.

Paronychies aiguës et subaiguës

La paronychie se définit comme une inflammation des replis unguéaux des doigts ou des orteils.

• *La paronychie aiguë*

La paronychie aiguë est l'équivalent d'une cellulite aiguë de n'importe quelle autre région : le repli sus-unguéal et les replis latéraux deviennent rouges, puis œdématiés, et présentent enfin l'aspect d'un coussinet. La peau érythémateuse du repli sus-unguéal apparaît luisante, tendue, souvent fendillée et recouverte de croûtelles.

Fig. 1 : Herpès.

Revues générales

Le diagnostic différentiel doit éliminer avant tout l'*herpes simplex* (virus I) (***fig. 1***) pour lequel le drainage chirurgical est contre-indiqué.

L'infection est habituellement staphylococcique. Elle est souvent consécutive à une brèche cutanée, à l'arrachage d'envies, l'onychophagie étant fréquemment un facteur prédisposant, comme en témoigne une observation de péricardite purulente chez un enfant de 16 mois [1]. Une infection staphylococcique peut parfois être consécutive à la pose d'ongles sculptés [2].

Les complications d'une paronychie aiguë ne sont pas fréquentes mais peuvent réaliser une ostéite. Citons du point de vue étiologique :

>>> Le granulome des piscines (*Mycobacterium marinum*) de nature peu courante (***fig. 2***) [3]. L'infection à *Mycobacterium marinum* donne naissance à une papule légère, sensible, qui se développe sur le repli proximal puis devient pustuleuse avec un écoulement qui cesse au bout d'une semaine. Tandis que la papule augmente, la surface dorsale de la phalange distale devient érythémateuse et verruqueuse. Le diagnostic différentiel éliminera une infection mycobactérienne atypique, une sporotrichose et une tuberculose verruqueuse. Souvent, le granulome des piscines peut durer plusieurs mois. Les petites lésions peuvent être excisées. Tétracycline ou minocycline sont efficaces.

Fig. 2 : *Swimming pool granuloma* ou granulome des piscines.

Fig. 3 : Maladie des prosecteurs.

>>> La paronychie des prosecteurs (***fig. 3***) est due à une inoculation infectieuse par *Mycobacterium tuberculosis* [4]. Cette maladie des prosecteurs signifie qu'il existe une réinoculation de la tuberculose cutanée plus souvent qu'une inoculation primitive de l'infection (cadavre tuberculeux). La pénétration traumatique est nécessaire pour initier l'infection car le bacille tuberculeux ne peut pas traverser la barrière cutanée normale. Une telle inoculation primitive tuberculeuse est rare et s'accompagne d'un test tuberculinique négatif avant l'infection.

>>> La pasteurellose d'inoculation périunguéale, observée au cours d'une chimiothérapie [5].

>>> Syphilis primaire (***fig. 4***) et paronychie syphilitique [6] sont rarement observées.

>>> L'orf survient après contact avec des animaux [6]. Certains champignons, et même le pemphigus, peuvent être responsables d'une paronychie, d'où l'intérêt du cytodiagnostic de Tzanck. Après une incubation de 3 jours à 6 semaines, l'orf évolue et des lésions géantes sont rapportées chez le sujet transplanté et en cas de traitement anti-TNF-alpha.

Fig. 4 : Syphilis primaire.

>>> L'érythème polymorphe, secondaire à une infection virale.

>>> La paronychie du gros orteil par chaussant contondant (***fig. 5***).

>>> La tungose ou "puce-chique" (***fig. 6***) est une infection cutanée bénigne causée

Fig. 5 : La paronychie du gros orteil.

Revues générales

Fig. 6 : Tungose.

par *Tunga penetrans* dans les pays tropicaux. Les œufs éclosent dans le sable chaud et les puces injectent l'hormone lors du contact avec le sable. Le diagnostic est clinique, facilité par le dermoscope montrant une papule arrondie asymptomatique en forme de cible, avec un point noir central. Le traitement repose sur l'extraction mécanique à la curette ou par la vaseline salicylée sous occlusion.

>>> Après l'apparition d'une onycholyse des 10 doigts évoluant depuis 3 semaines, une patiente consulte pour un périonyxis inflammatoire des 3e et 4e doigts de la main droite au cours d'une chimiothérapie par docétaxel.

>>> Enfin, l'association d'une paronychie subaigüe et d'une onycholyse d'un doigt ou d'un orteil évoque une candidose, une fusariose ou un psoriasis pustuleux, en particulier sous forme d'acrodermatite continue d'Hallopeau [7].

>>> La myase sous-unguéale [8] est rare sans être exceptionnelle [9]. *Musca domestica* s'observe après un traumatisme ou un hématome sous-unguéal, surtout du gros orteil.

Il est intéressant de noter chez les patients neutropéniques [10] la fréquence et l'impact des infections périunguéales des orteils à *Fusarium* et *Aspergillus* en particulier.

Nous n'évoquerons pas la lèpre ni la goutte avec ses calcifications tendineuses, ni la périarthrite ou encore la sarcoïdose, voire l'inflammation ou les tumeurs malignes de la région.

- ***Rétronychie***

Elle peut s'observer au cours de l'incarnation unguéale postérieure. La partie proximale de la lame est incarnée dans la zone ventrale du repli postérieur réalisant cliniquement une paronychie proximale chronique, où l'inflammation est le produit de quelques générations de tablettes entraînant une élévation unguéale proximale au-dessus du repli sus-unguéal. L'arrêt de la croissance de l'ongle est le premier signe visible [7]. La tablette épaissie et dyschromique (habituellement jaunâtre) devient parfois brunâtre par pigmentation consécutive à la dihydroxyacétone produite par les organismes présents au niveau du repli sus-unguéal.

- ***Réactions médicamenteuses affectant le repli sus-unguéal***

La paronychie induite par le cétuximab peut être traitée par un antibiotique tel que la doxycycline. Chez les patients dont la paronychie est produite par l'indinavir, sa substitution par un antirétroviral différent, retenant la lamivudine et d'autres inhibiteurs de protéase, peut résoudre les manifestations de type rétinoïde sans rechute.

La paronychie occasionnée par le taxane est inhabituelle alors que les inhibiteurs de la tyrosine kinase sont nombreux : géfitinib [11], erlotinib, afatinib, osimertinib, ibrutinib [12]. Une chute complète des ongles des doigts est apparue après l'application d'une base de vernis suivie de l'application de deux couches colorées et finalement d'une couche de surface. Après chaque application, les ongles ont subi une séance d'UV de 30 secondes. Pour ôter les gels unguéaux, les ongles peuvent être trempés dans de l'acétone pure à 100 %.

Paronychies chroniques

La paronychie est considérée comme chronique lorsque sa symptomatologie dépasse les 6 semaines. Elle s'observe dans :
– des cas de candidoses et d'infections à *Pseudomonas*, souvent associées (***fig. 7***) ;
– la gale, la dactylite leishmanienne chronique chez un nourrisson [13] ;
– les paronychies chroniques à dématiés (*Curvularia lunata* avec ongle noir d'un pouce) [14] ;
– de rares formes de vascularite touchant les vaisseaux de taille fine ou moyenne chez les sujets habituellement de sexe masculin, souvent gros fumeurs. Une hyperpigmentation de la moitié distale des ongles de MD3 et MG3 est apparue, accompagnée d'un épaississement des 10 doigts. Une culture sur Sabouraud avec dextrose agar a permis la pousse d'une variété de *Sporothrix* ultérieurement confirmée. L'itraconazole 200 mg/j pendant 3 mois a obtenu la guérison, confirmée 1 mois plus tard [15] ;
– les ischémies de la région distale des extrémités des membres.

Cette variété d'une grande banalité est habituellement secondaire à une dermite de contact d'un type particulier. L'inflammation chronique des replis périunguéaux, et avant tout du repli postérieur, produit un coussinet semi-circulaire, rouge, tendu et douloureux, plus ou moins saillant, entourant la base de l'ongle. La cuticule a disparu, ouvrant l'espace virtuel conduisant au cul-de-sac unguéal où se forme parfois du pus.

Fig. 7 : Paronychies chroniques avec ongle vert.

La tablette est souvent ciselée de sillons brefs, rapprochés, parallèles, étagés le long d'une bande brunâtre couvrant l'un des bords latéraux ou les deux. La colonisation des replis par *Candida spp.* et des bactéries, souvent gram négatives, est habituelle.

L'évolution peut être émaillée d'épisodes aigus ou subaigus qui ne doivent pas tromper l'observateur. Elles sont habituellement secondaires à une infection bactérienne. Elles peuvent disparaître spontanément.

L'absence de réponse aux divers traitements est en faveur de l'existence d'un corps étranger (cheveux, soies, écharde, etc.).

En fonction des principales causes, la paronychie chronique peut être classée en plusieurs catégories [16] :

>>> L'hypersensibilité au contact de certains aliments : on s'accorde actuellement pour considérer certaines paronychies chroniques comme une réaction immédiate d'hypersensibilité lors de la manipulation de légumes, d'ail [17], de viandes, de poissons, etc.

>>> La dermatite de contact allergique à des médications topiques.

>>> L'hypersensibilité candidosique (une telle réaction évoquant un mécanisme proche de celui des vaginites candidosiques récidivantes).

>>> La réaction d'irritation (qui peut se compliquer secondairement de phénomènes d'hypersensibilité).

>>> Les paronychies candidosique et bactérienne (*Pseudomonas*, staphylocoque doré), qui sont fréquentes : la forme candidosique véritable est inhabituelle sauf chez les sujets immunodéprimés ou atteints de candidose cutanéomuqueuse chronique. Contrairement à l'infection à *Candida*, des moisissures telles que *Fusarium*, *Aspergillus*, voire *Scopulariopsis brevicaulis*, sont susceptibles de réaliser une paronychie subaiguë accompagnée d'une leuconychie proximale sous-unguéale mycosique.

>>> La paronychie parasitaire, la tungose, la gale et la leishmaniose avec pigmentation acrale exogène due à un coléoptère (***fig. 8***) [18].

>>> La paronychie iatrogène occasionnée par indinavir, cétuximab, ibrutinib [19], géfitinib [11], lédipasvir/sofasbuvir [20], taxane, étrétinate. La paronychie induite par l'étrétinate peut être traitée par un antibiotique tel que la doxycycline chez des patients dont la paronychie est induite par l'indinavir. Sa substitution par un antirétroviral différent retenant la lamivudine et d'autres inhibiteurs de protéine peut résoudre les manifestations de type rétinoïde sans rechute.

Fig. 8 : Étrétinate.

>>> L'affection dermatologique (psoriasis, lichen plan, rétronychie).

>>> Les paronychies professionnelles (***tableau I***).

>>> Les maladies systémiques telles que syndrome xanthonychique, sclérodermie, maladie de Raynaud, leucémie lymphoïde chronique [21] : les replis sus-unguéaux peuvent présenter un œdème rouge accompagné d'une déformation unguéale.

Un périonyxis spécifique unilatéral au cours d'une leucémie lymphoïde chronique a été observé chez un patient de 84 ans chez lequel seule la radiothérapie externe a obtenu la disparition des lésions de périonychie d'une main [22]. Cas des patients neutropéniques : le

- *Candida albicans*, candidose cutanéomuqueuse chronique
- *Candida* en association à des bactéries intestinales
- Transpiration excessive et dermatite atopique
- Formes virales : herpès (personnel médical)

Thérapeutiques
- Formes aiguës : méthotrexate à hautes doses
- Formes chroniques : étrétinate, β-cis acide rétinoïque (ibrutinib)
- Immobilisation plâtrée

Formes dermatologiques
- *Acrodermatitis enteropathica*
- Acrokératose paranéoplasique
- Eczéma chronique
- Lichen plan
- Maladie cœliaque
- Maladies du collagène
- Maladie de Darier
- Encéphalite épidémique
- Enchondrome digital
- Histiocytose
- Leucémie lymphoïde chronique
- Mélanome
- Ongle incarné (rétronychie)
- Pachyonychie congénitale
- Pemphigus
- Psoriasis
- Syndrome tricho-oculo-vertébral
- Syndrome xanthonychique
- Déficit en zinc

Maladies professionnelles
- Barman
- Cordonnier
- Cuisinier
- Maladies parasitaires
- Prosecteur
- Peintre en bâtiment
- Pêcheur

Tableau I : Diagnostic étiologique des principales paronychies.

Revues générales

syndrome d'une infection peut être minime ou absent chez des patients au début d'une neutropénie. Le foyer, parfois cause principale de la fièvre, ou une complication de la neutropénie peuvent se développer à mesure qu'augmentent les neutrophiles au cours de l'évolution d'une neutropénie fébrile [23].

>>> Les tumeurs (primitives ou secondaires), que nous ne décrirons pas ici.

Du point de vue thérapeutique, les règles énoncées pour la protection des ongles fragiles s'appliquent également aux paronychies chroniques, mais doivent s'y ajouter une ou deux injections, à 1 mois d'intervalle, d'une suspension d'acétonide de triamcinolone dans les replis sus-unguéaux où elles s'avèrent d'une grande efficacité.

Dans les formes polydactyliques, un traitement systémique peut être préféré aux injections :
– les corticoïdes (méthylprednisone 20 mg/j pendant 8-10 jours par exemple) agissent remarquablement ;
– par contre, les antifongiques systémiques ne nous paraissent pas indispensables, bien que le fluconazole à 50 mg/j puisse donner de bons résultats dans certaines atteintes mycosiques.

Les paronychies chroniques récalcitrantes peuvent bénéficier d'un traitement chirurgical efficace : l'excision du repli sus-unguéal en croissant. La guérison qui s'effectue par cicatrisation dirigée demande 1 mois. L'école brésilienne a proposé un traitement chirurgical original par amincissement ventral du repli sus-unguéal.

Abcès sous-unguéaux

1. Pyostomatitis-Pyodermatitis vegetans (*fig. 9*)

La pyodermatite-pyostomatite est un marqueur de maladie intestinale inflammatoire chronique (habituellement la colite ulcéreuse). Cette affection cutanéomuqueuse rare doit être différenciée du pemphigus végétant et de la maladie de Crohn. Une observation de pyodermatite-pyostomatite s'est accompagnée de pustules périunguéales d'un doigt aboutissant à la perte de l'ongle. L'histopathologie montre une hyperplasie épithélioïde intra- et sous-épithéliale, des granulocytes, des micro-abcès ainsi qu'une infiltration polymorphe du derme superficiel avec nombreux neutrophiles et éosinophiles. L'affection appartient au spectre des dermatoses neutrophiliques et certains auteurs la considèrent comme une forme de *Pyoderma gangrenosum* [21].

POINTS FORTS

- Anatomie de l'appareil unguéal : l'indispensable.
- Les paronychies aigües et subaigües : des anomalies pluridisciplinaires.
- Les paronychies chroniques : une multiplicité étiologique trop souvent méconnue.
- Les abcès sous-unguéaux : les parents pauvres de la dermatologie.
- Les ongles verts : une atteinte enfin rassurante.

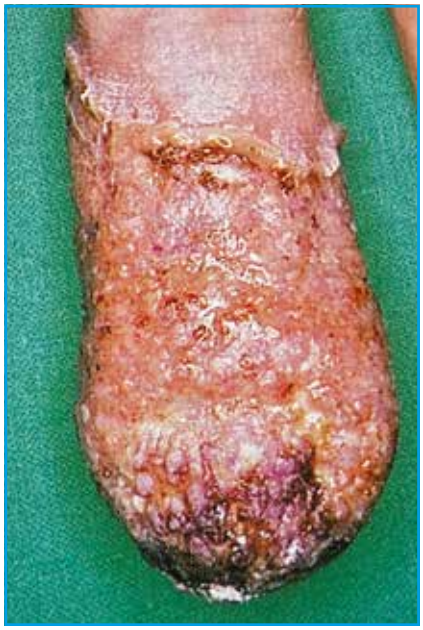

Fig. 9 : Pyodermatite-pyostomatite.

2. Pyoderma gangrenosum

Cette maladie neutrophilique, qui présente une zone pseudo-tumorale du lit unguéal accompagnée d'une bordure pustuleuse, se développe sur deux phalanges distales et est souvent associée à une maladie inflammatoire intestinale, habituellement une rectocolite hémorragique. Des poches de pus sous-unguéales, sans paronychie associée, en font une infection inhabituelle, avec douleurs lancinantes similaires à celles d'un hématome unguéal causé par la pression [22-24].

3. Lectitis purulenta et granulomatosa ou inflammation purulente et granulomateuse du lit unguéal (*fig. 10*) [25-27]

Le lit unguéal de certains doigts, voire de tous, peut être le siège de macules lenticulaires polycycliques entourées d'une zone jaunâtre, visibles à travers la tablette. Après avulsion, le lit présente de larges masses de tissu granulomateux, avec forte acanthose, parakératose très importante et saignement sous la couche cornée. Cette anomalie entraîne des séquelles permanentes à type d'onycholyse et d'épaississement de l'ongle.

L'inflammation purulente du lit unguéal des gros orteils est probablement

Fig. 10 : Inflammation purulente et granulomateuse du lit unguéal.

secondaire à des microtraumatismes répétés occasionnés par les chaussures responsables d'une disparition partielle du lit unguéal.

4. Myase sous-unguéale [8, 9]

Le traitement initial est simple : compresses permanentes d'alcool à 20°, protégées par un plastique et changées matin et soir pendant 2 à 3 jours. Il sera associé à un traitement antibiotique spécifique, si nécessaire. En cas d'échec, le traitement devient également chirurgical et consiste à découper la moitié postérieure de la tablette, ou mieux, celle-ci dans sa totalité pour faciliter le drainage.

5. Thromboangéite oblitérante (maladie de Buerger)

Les ongles verts

Les ongles verts sont rarement une manifestation isolée. Ils font le plus souvent partie du syndrome des ongles verts avec onycholyse et paronychie (***fig. 7 et 11***). La présence de cette dernière explique la sensibilité de la région œdémateuse.

Pseudomonas aeruginosa secrète un certain nombre de pigments parmi lesquels la pyocyanine (bleu-vert) et la pyoverdine (jaune-vert fluorescent) viennent en tête suivis de la pyorubine (brun-rouge). *In vivo*, on assiste à la formation d'un biofilm qui constitue la principale source de sa résistance.

Fig. 11 : Ongle vert.

Pseudomonas aeruginosa, autrement connu sous le nom de bacille pyocyanique ou bacille du pus bleu, est une bactérie gram négative du genre Pseudomonas. Les bacilles sont fins, droits et très mobiles grâce à un flagelle polaire : il s'agit de la ciliature monotriche, dépourvue de spores et de capsule.

Dès le premier jour de la culture, une teinte verte fluorescente apparaît en surface puis se propage à toute la masse tandis qu'une odeur de fleur de tilleul ou de seringa se dégage de la culture.

Le *Pseudomonas* peut coloniser n'importe quelle région de la tablette lorsque se produit une onycholyse ou un œdème inflammatoire des replis périunguéaux. La pigmentation qui en résulte dépend de l'espèce bactérienne et de la composition des pigments qu'elle produit. La coloration de l'ongle varie du vert pâle au vert foncé, presque noir. C'est dire qu'elle peut imiter les rares cas de candidose avec ongle noir ou foncé et, plus rare encore, de *Curvularia lunata* [14]. Les pigments de *Pseudonomas* sont solubles dans l'eau et la pyocyanine est également soluble dans le chloroforme. Ils ont une activité antifongique sur les moisissures en formant un film dense sur les filaments de *Candida albicans*. Ils inhibent enfin la croissance de *T. rubrum* et *T. interdigitale*.

La coloration peut intéresser tout ou partie de la tablette. L'apparition de lignes vertes horizontales témoigne d'épisodes répétés d'une infection bactérienne antérieure, paronychique dont on peut faire la preuve diagnostique en plongeant des fragments de kératine unguéale dans de l'eau ou du chloroforme. Si en quelques heures la solution vire au vert, il est certain que *Pseudomonas* a été présent et qu'il persiste encore. Ce test de solubilité des pigments pyocyaniques permet d'éliminer une atteinte à *Aspergillus spp.*, de coloration verdâtre, ou à *Proteus mirabilis*, de coloration noirâtre. Quant à l'aspect verdâtre de l'ongle psoriasique, il a pour origine les glycoprotéines du sérum. Mais son association au *Pseudomonas* n'est pas exceptionnelle comme l'indiquerait l'examen en lumière de Wood par exemple et/ou le test de solubilité dans l'eau des pigments de ce germe.

Le traitement de l'infection à *Pseudomonas* exige que les mains ne soient pas soumises à l'humidité, d'où le port d'une double paire de gants (coton et plastique), les gants de coton devant être changés tous les jours. Si l'humidité entretient l'infection, elle est aussi responsable de l'onycholyse qui fait le lit de l'infection. Une goutte quotidienne de solution de Dakin (hypochlorite de sodium) supprime la coloration verdâtre, mais non l'onycholyse. C'est pourquoi une guérison rapide et complète ne s'obtient qu'en découpant la zone pathologique et en brossant quotidiennement le lit unguéal à l'acide acétique à 2 %.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bansal N, Walters HL, Kobayashi D. Purulent pericarditis due to paronychia in a 16-month-old child: a nail biting story. *World J Pediatr Congenit Heart Surg*, 2020;11:NP125-NP128.
2. Roberge RJ, Weinstein D, Thimons MM. Perionychial infections associated with sculptured nails. *Am J Emerg Med*, 1999;17:581-582.
3. Horn MS. Mycobacterium marinum infection. *J Assoc Military Dermatol*, 1981:7;25.

Revues générales

4. Goette DK, Jacobson KW, Doty RD. Primary inoculation tuberculosis of the skin. Prosector's paronychia. *Arch Dermatol*, 1978;114:567-569.
5. Lassere J, Boulinguez S, Viraben B. Pastorellose périunguéale d'inoculation au cours d'une chimiothérapie. *Nouvelles Dematol*, 2003;22:177-178.
6. Mokni S, Dupin, del Giudice P. Dermatologie infectieuse. *Elsevier Masson*, 2014.
7. Goettmann S. Les messages clés en pathologie unguéale. *Presse Médicale*, 2014;43:1267-1278.
8. García-Doval I, de la Torra C, Losada A *et al.* Subungual myasis. *Acta Derm Venereol*, 2000;80:236.
9. Piraccini BM, Dika E, Guiroli C *et al.* Subungual myasis: An unusual complication of taxane chemotherapy. *Australasian J Dermatol*, 2016;57:e138-e139.
10. Jo UH, Shin JH, Jo SJ *et al.* Two cases of subungual mycosis in predisposed patients. *JAAD Case Rep*, 2021;14:120-123.
11. Velez AP, Greene JN, Vincent AL *et al.* Impact et étiologie des infections périunguéales chez les patients neutropéniques. *Infect Dis Clin Pract*, 2012;20:e31-e34.
12. Wollina U. Systemic drug induced chronic paronychia and periungual pyogenic granuloma. *Indian Dermatol Online J*, 2018;9:293-298.
13. Aounallah A, Ghariani Fetoui N, Boussofara L *et al.* Dactylite leichmanienne chronique chez un nourrisson. *Ann Dermatol Vener*, 2016;143:661-662.
14. Kamalam A, Ajithadass K, Sentamilselvi G *et al.* Paronychia and black discoloration of a thumb nail caused by Curvularia lunata. *Mycopathologia*, 1992;118:83-84.
15. Dos Santos LM, Dos Santos JLD, Guerra JAO. Chronic paronychia as a manifestation of skin leishmaniosis. *Rev Soc Bras Med Trop*, 2021;54:e0644-2020.
16. Powell FC, Su WP, Perry HO. Pyoderma gangrenosum classification and management. *J Am Acad Dermatol*, 1996;34:395-409; quiz 410-412.
17. Mokni S, Boussofara L, Saidi W *et al.* Exogenous acral pigmentation related to a darkling beetle. *EADV*, 2017;1088-1095.
18. Yorulmaz A, Yalcin B. Paronychia and periungual granulation as a novel side effect of Ibrutinib: A case report. *SAD*, 2020;6:32-36.
19. Sampson B, Lewis BKH. Paronychia associated with ledipasvir/sofosbuvir for hepatis C treatment. *J Clin Aesthetic Dermatol*, 2019;12:35-37.
20. Hosono Y, Uenami T, Yano Y *et al.* Febrile neutropenia with bacterial paronychia. *Clin Case Reports*, 2018;6:543-544.
21. Longvert C, Pavlovic M, Bafounta ML *et al.* Périonyxis spécifique au cours d'une leucémie lymphoïde chronique. *Ann Dermatol Venereol*, 2001;128:3581-28C Poster 69
22. Delaporte E, Vigot N, Pasturel-Michon U *et al.* Pyostomatite-Pyodermite végétante révélatrice d'une maladie de Crohn. *Ann Dermatol Venereol*, 1998;125:331-334.
23. Reich A, Maj I, Cislo M *et al.* Periungual lesions in pyoderma gangrenosum. *Clin Exp Dermatol*, 2009;34:e81-84.
24. Bashir SJ, McGibbon D. Subungual pyoderma gangrenosum complicated by myopathy induced by ciclosporin and tacrolimus. *Clin Exp Dermatol*, 2009;34:530-532.
25. Runne U, Goertz E, Wease A. Lectitis purulenta et granulomatosa. *Zeitschr Hautkrankh*, 1978;53:625.
26. Eichmann A, Baran R. Lectitis purulenta and granulomatosa. *Dermatology*, 1998;196:352-353.
27. Cogrel O, Beylot-Barry M, Claudel P *et al.* Lectitis purulenta et granulomatosa. *Ann Dermatol Venereol*, 134 (HS) 2:7S 126. Poster 88.

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