

■ Le dossier – Ongles

L'ongle du 3^e âge

RÉSUMÉ : Les modifications observées sur l'ongle du sujet âgé méritent toute l'attention du dermatologiste, non seulement pour son apparence, en particulier chez la femme, mais surtout pour la recherche de modifications générales, artérielles ou biomécaniques, en particulier aux orteils.

Bien entendu, une manucurie raisonnable est susceptible de pallier certaines imperfections mais ne remplacera pas le port d'une double paire de gants (coton et plastique par-dessus) pour tous les travaux en milieu humide.



R. BARAN

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

À chaque âge ses problèmes, qu'il s'agisse de l'enfant, de l'adulte ou du vieillard ! Comme le reste de l'organisme, l'appareil unguéal n'y échappe pas [1]...

■ Composition de l'ongle

Le calcium à l'état de traces dans l'ongle de l'adulte jeune se trouve à une concentration relativement forte chez le vieillard : jusqu'à 1 %. Peut-être existe-t-il une ébauche d'explication devant cette constatation paradoxale dans un travail israélien montrant que la teneur en calcium de la tablette augmentait avec la dénutrition protéique ?

■ Croissance de l'ongle

Tous les auteurs s'accordent pour constater un ralentissement de la vitesse de croissance de l'ongle à partir de 30 ans. Orentreich [2] en a chiffré le pourcentage à 38 % de la 3^e à la 9^e décennie à propos de 257 individus. Selon Bean [3], la vitesse de croissance obéit à des cycles de 7 ans de croissance à vitesse constante alternant avec des périodes de ralentissement.

Mais toutes ces remarques méritent d'être corrigées par certains paramètres :
– anatomiques : c'est ainsi qu'il existe une certaine variabilité, fonction de

la longueur du doigt ; donc l'ongle du majeur croît plus rapidement ;

– métaboliques : la dénutrition et les troubles circulatoires dont sont victimes certains vieillards diminuent encore la croissance de l'ongle alors que la vitamine A en accélère la vitesse ;

– physiologiques : certains facteurs hormonaux pathologiques ou simplement physiologiques, voire biomécaniques, jouent un certain rôle. Il en est de même de maladies infectieuses, systémiques, voire néoplasiques. Pour Orentreich [2], le ralentissement est plus marqué chez les femmes que chez les hommes jusqu'à la 6^e décennie, après laquelle l'égalisation s'opère progressivement jusqu'à la 8^e décennie. Au-delà, le ralentissement s'accroît encore chez la femme ;

– chronobiologiques : le rythme circadien connaît un ralentissement nocturne [3] ;

– saisonniers : dans les zones tempérées comme la nôtre, la vitesse de croissance atteint son minimum en novembre et son maximum en juillet.

Mais il est important de savoir que cette vitesse de croissance est sans retentissement sur l'épaisseur de la tablette. Enfin, Sibinga [4] a cru pouvoir démontrer que la croissance unguéale se poursuivait, pour un temps (?), après la mort. En fait, il paraît acquis que les mitoses commencées avant la mort vont jusqu'à leur achèvement, mais sans nouvelle acti-

tivité mitotique. Ainsi, l'accroissement linéaire n'est-il qu'apparent, résultant du dessèchement et de la rétraction cutanée.

■ Forme de l'ongle

Les dysmorphies concernent la forme globale ou la surface de l'ongle. Nous les diviserons en atteintes physiologiques et pathologiques.

1. Les dysmorphies globales physiologiques

Une tablette normale d'un sujet jeune présente une double courbure, transversale et longitudinale. L'ongle du 3^e âge voit sa courbure transversale accrue et sa courbure longitudinale diminuée.

2. Les dysmorphies globales pathologiques

Il en existe quelques grandes variétés :

>>> L'hypercourbure transversale détermine soit un ongle en tuile de Provence au parallélisme pratiquement rigoureux de ses bords, soit un ongle en volute, en pince ou en cornet. Dans cette variété dystrophique, l'hypercourbure transversale augmente progressivement vers la partie distale. À ce niveau, les bords latéraux enserrant les tissus mous qu'ils pincent sans rompre nécessairement l'épiderme. C'est en agissant comme des leviers que les bords latéraux maintiennent une striction permanente sur la lame qu'ils déforment. Au maximum, ils peuvent se rejoindre en ménageant un tunnel ou s'enrouler à la manière d'un cornet. Les phénomènes hyperalgiques ne sont pas rares et nécessitent souvent le concours de la chirurgie [5].

>>> L'onychauxis désigne un épaissement régulier de la tablette, apparaissant parfois comme stratifiée. L'hyperkératose sous-unguéale est faite d'une production friable dont la désintégration est responsable de l'onycholyse.

>>> L'onychogryphose définit un ongle long et contourné en corne de bœuf. La déformation porte à la fois sur une hyperplasie du lit et un épaissement de la tablette striée transversalement, brunâtre, opaque, en spirales à surface irrégulière. Elle siège le plus souvent aux gros orteils.

>>> La désaxation unguéale est une déviation congénitale de l'appareil unguéal dont le grand axe ne coïncide pas avec celui de la phalange osseuse sous-jacente. Cette anomalie marque le plus souvent le gros orteil dont elle guide la tablette généralement vers l'extérieur. Elle peut guérir spontanément avant 10 ans, toutefois elle expose à des complications mycobactériennes.

>>> Au cours du 3^e âge, l'affaissement progressif lié au poids du corps, puis à la diminution de l'élasticité ligamentaire, favorise l'apparition d'un *hallux erectus*. Le frottement de la partie distale de la tablette contre la chaussure risque alors d'entraîner une onycholyse, simplement traumatique, mais avec un risque secondaire de mycose.

3. Les altérations de la surface unguéale

L'existence de lignes longitudinales discrètes à la face superficielle et à la face profonde de la tablette chez l'adulte jeune traduit l'arrangement longitudinal et parallèle des crêtes du lit de l'ongle qui apparaissent en dents de scie sur une coupe transversale.

Au cours du 3^e âge existe une double modification des lignes longitudinales concernant leur nombre et leur relief. Elles sont injustement considérées comme un équivalent des rides et s'accompagnent d'une assise histologique comme nous le verrons.

■ Coloration

L'ongle sénile apparaît souvent terne et opaque. La lunule semble effacée

(*neapolitan nail*) [6, 7]. Les nuances de la zone habituellement rosée varient du jaunâtre au grisâtre. Mais l'insuffisance circulatoire, latente, lorsqu'elle devient patente, modifie parfois cette coloration. En effet, l'amincissement de la tablette, si fréquent aux mains, accroît par transparence la visibilité du lit de l'ongle. Sa teinte plus rouge que la normale contraste avec celle de certaines zones, blanchâtres (dans l'onycholyse simple) ou sombres (par accumulation de débris ou simple infection secondaire).

■ Anomalies de la consistance

Elles existent chez l'adulte jeune mais s'aggravent au cours du 3^e âge. Nous les classons en cinq grandes variétés :

- les ongles durs dont le prototype est l'onychogryphose des orteils (**fig. 1**);
- les ongles mous qui sont d'autant plus marqués que l'amincissement de la tablette est très fréquent aux doigts (**fig. 2**);



Fig. 1 : Onychogryphose.



Fig. 2 : Fragilité unguéale.

Le dossier – Ongles



Fig. 3 : Crêtes séniles.



Fig. 4 : Leuconychie sénile.

- l'accentuation des crêtes longitudinales (fig. 3);
- les ongles friables, surtout aux orteils, vu la fréquence des onychomycoses à ce niveau;
- les fissures distales avec crêtes longitudinales discrètes (fig. 4).

Histopathologie de l'appareil unguéal

>>> Les troubles engendrés par la sénilité peuvent être attribués pour une part à l'artériosclérose sans oblitération vasculaire manifeste. Au minimum discerne-t-on un discret épaissement des parois, visible dans la région matricielle, ceci en l'absence même de toute affection vasculaire évidente.

>>> Les altérations du tissu élastique dermique viennent en tête des anoma-

lies, combinées à une atteinte du tissu conjonctif. Intenses et diffuses dans la zone rosée, elles sont bien plus discrètes dans la région de la lunule et absentes dans les régions protégées par les replis péri-unguéaux. Par contre, l'examen des parois vasculaires du lit unguéal révèle une fragmentation du tissu élastique même dans le territoire protégé par le repli postérieur.

>>> Contrairement à ce qu'on observe chez l'adulte jeune, il existe une inégalité et une irrégularité du renouvellement des cellules matricielles. Ce sont ces variations qui sont probablement responsables de l'exagération des lignes longitudinales dont elles sont la conséquence anatomique. On constate l'existence de volutes cellulaires, surtout dans les couches supérieures de la matrice proximale, situées au sein même de la tablette unguéale; des corps pectinés leur correspondent. Ils sont constitués d'îlots de cellules à noyau ratatiné entouré d'un matériel éosinophile et/ou vacuolaire. De telles formations pectinées s'observent habituellement dans l'ongle normal mais leur multiplicité caractérise l'ongle sénile.

>>> L'importance des altérations séniles de l'appareil unguéal croît distalement depuis le derme enfoui sous le repli postérieur jusqu'à celui de la zone rosée. Non seulement la tablette offre une piètre protection pour le derme contre l'exposition solaire, mais encore elle augmente l'effet du soleil en concentrant son rayonnement. Cette hypothèse est corroborée par l'intensité de la dégénérescence du tissu élastique, plus marquée, comme nous l'avons dit, sous la zone rosée que dans les tissus mous péri-unguéaux.

Composition lipidique unguéale

Du plus jeune âge jusqu'à la puberté, les proportions en lipides subissent des modifications spectaculaires, traduisant la forte activité métabolique du

processus de croissance. Ultérieurement la lipogenèse est très probablement influencée, durablement ou non, par les hormones sexuelles [8].

Infections fongiques de l'appareil unguéal

La fréquence des infections fongiques augmente avec l'âge. Troubles circulatoires, croissance unguéale ralentie, inactivité, immunité limitée, diabète et hygiène imparfaite favorisent les mycoses. La présentation la plus fréquente reste la forme d'onychomycose disto-latérale atteignant principalement les gros orteils. Moins fréquente, la forme blanchâtre superficielle atteint volontiers le 3^e et le 4^e orteil.

Le traitement dépendra des résultats du laboratoire de mycologie [9].

Anomalies iatrogéniques

Il n'est pas toujours aisé d'attribuer la responsabilité d'un médicament chez des sujets polymédicamentés. Toutefois, on peut évoquer entre autres la possibilité:

- de mélanonychie longitudinale due à l'hydroxyurée;
- de nécrose digitale par β -blockers (propranolol);
- d'onycholyse induite par le captopril;
- d'hématomes au cours d'un traitement anticoagulant.

Traitement

>>> Il est sans effet sur l'exagération des lignes longitudinales.

>>> Les dysmorphies globales nécessitent le concours d'un pédicure-podologue pour limiter l'importance de l'hypercourbure transversale en plaçant une orthèse et pour réduire les hypertrophies unguéales par une abrasion de la tablette à l'aide d'un appareil rotatif.

>>> Les mycoses doivent être envisagées différemment aux mains et aux pieds. La double paire de gants coton et plastique par-dessus sera le meilleur protecteur pour la maîtresse de maison. Sans cette précaution, toute tentative thérapeutique serait illusoire.

>>> Aux pieds, la démarche thérapeutique est double. D'une part, élective, fonction de la nature du champignon, en sachant que jusqu'ici les saprophytes se sont montrés insensibles aux antifongiques oraux. D'autre part, identique, car nous préconisons une avulsion systématique, chimique à l'urée ou à l'iode de potassium. Les avantages sont évidents sur l'avulsion chirurgicale puisqu'elle autorise sur les patients pusillanimes, à méiopragie vasculaire ou diabétique de surcroît, de raccourcir le traitement systémique d'une onychomycose du gros orteil à dermatophytes de 18 mois à 4 mois. Elle permet enfin de traiter radicalement une atteinte à saprophytes en complétant cette avulsion par des traitements locaux à la fois kératolytiques et antifongiques.

Reste le problème des tumeurs :

– bénignes, il faut insister sur la fréquence du pseudo-kyste mucoïde, surtout chez les sujets atteints de polyarthrite rhumatoïde ;
– malignes, les cancers de l'appareil unguéal sont une réalité que nous avons pu vérifier à plusieurs reprises, avec en tête la maladie de Bowen et l'épithélioma spinocellulaire, sans oublier le mélanome !

>>> Certaines professions masculines et les travaux ménagers chez la femme, parfois aggravés par une manucurie intempestive, exigent une protection que fournissent les gants de coton surmontés de gants de plastique ou de caoutchouc ± épais.

BIBLIOGRAPHIE

1. BARAN R. Nail care in the "golden years" of life. *Curr Med Res Opin*, 1982;7 (Suppl 2):95-97.
2. ORENTREICH N, MARKOFKY J, VOGELMAN JH. The effect of ageing on the rate of linear nail growth. *J Invest Dermatol*, 1979; 73:126-130.
3. BEAN W. Nail growth: thirty-five years of observation. *Arch Intern Med*, 1980; 140:73-76.
4. SIBINGA MS. Observations on growth of fingernails in health and disease. *Pediatrics*, 1959;24:225-233.
5. BARAN R, HANEKE E, RICHERT B. Pincer nails: definition and surgical treatment. *Dermatol Surg*, 2001;27:261-266.
6. HORAN MA, PUXTY JA, FOX RA. The white nails of old age (Neapolitan nails). *J Am Geriatr Soc*, 1982;30:734-737.
7. COHEN PR. The lunula. *J Am Acad Dermatol*, 1996;34:943-953;quiz 954-956.
8. HELMDACH M, THIELTIZ A, RÖPKE EM *et al*. Age and sexe variation in lipid composition of human fingernail plates. *Skin Dermatol Appl Skin Physiology*, 2000; 13:111-119.
9. RICHERT B. The aging nail and related disorders. In Baran-Dawber's - Diseases of the nails and their management. *Wiley-Blackwell*, 2019:337-348.

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