

Les pathologies de l'ongle

Dr Sophie VERCAMBRE-DARRAS

Dermatologue

Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer

Infections : onychomycose, bactéries, virus...

Dermatoses de localisations unguéales :
Psoriasis, lichen, pelade, eczéma...

Traumatismes

Médicaments

**Les onychopathies ont de
nombreuses étiologies...**

Tumeurs bénignes

Pathologies générales

Tumeurs malignes

Médecins généralistes

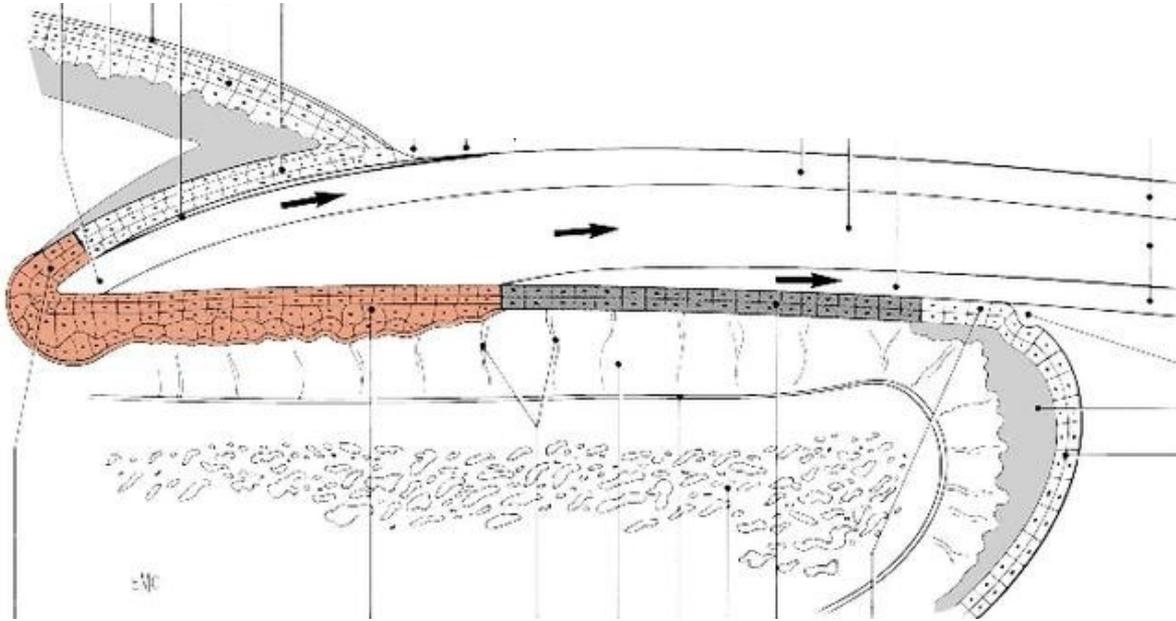
chirurgiens

dermatologues

Différents soignants
concernés...

Pédicures

Un peu d'anatomie...le complexe unguéal



- Tablette ou lame unguéale
- Bord libre
- Repli latéral
- Repli proximal
- Repli sus-unguéal
- Cul-de-sac unguéal proximal
- Cuticule
- Lunule
- Matrice proximale
- Matrice distale
- Lit de l'ongle
- Hyponychium



Vitesse de croissance :

- environ 3 mm/mois mains
- 30 à 50% plus lente aux pieds
- Remplacement ongle main : 4 à 6 mois
- Remplacement ongle orteil : 12 à 18 mois

Un peu de séméiologie...

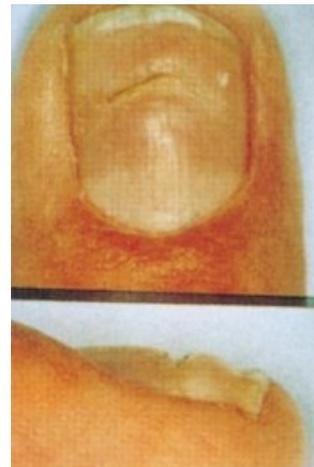
Modification globale de la forme de l'ongle :

- hippocratisme digital
- koïlonychie
- ongle en pince
- pachyonychie (onychogriffose ou onychogryphose)
- atrophie unguéale



Modification de la surface de l'ongle :

- crêtes longitudinales (physiologiques)
- sillons longitudinaux
- sillons transversaux (lignes de Beau)
- dépressions ponctuées
- trachyonychie
- onychoschizie lamellaire
- fissuration du bord libre



Modification des attaches de l'ongle :

- onycholyse
- onychomadèse
- hyperkératose sous-unguéale
- hématomes et hémorragies filiformes



Modification des tissus péri-unguéraux :

- paronychie/périonyxis aigu(ë)
- paronychie chronique
- envies
- hypertrophie des cuticules
- tumeurs
- pustules
- ...



Modification de la couleur de l'ongle :

- leuconychie
- mélanonychie
- chloronychie
- xanthonychie
- ...



Et maintenant quelques situations cliniques...
...et des recommandations pratiques...

Cas clinique n°1 :

Monsieur P., 38 ans, consulte car, l'été approchant, il est gêné par l'aspect de son gros orteil gauche...

Il enlève chaussure et chaussette ...

Que faites-vous ?



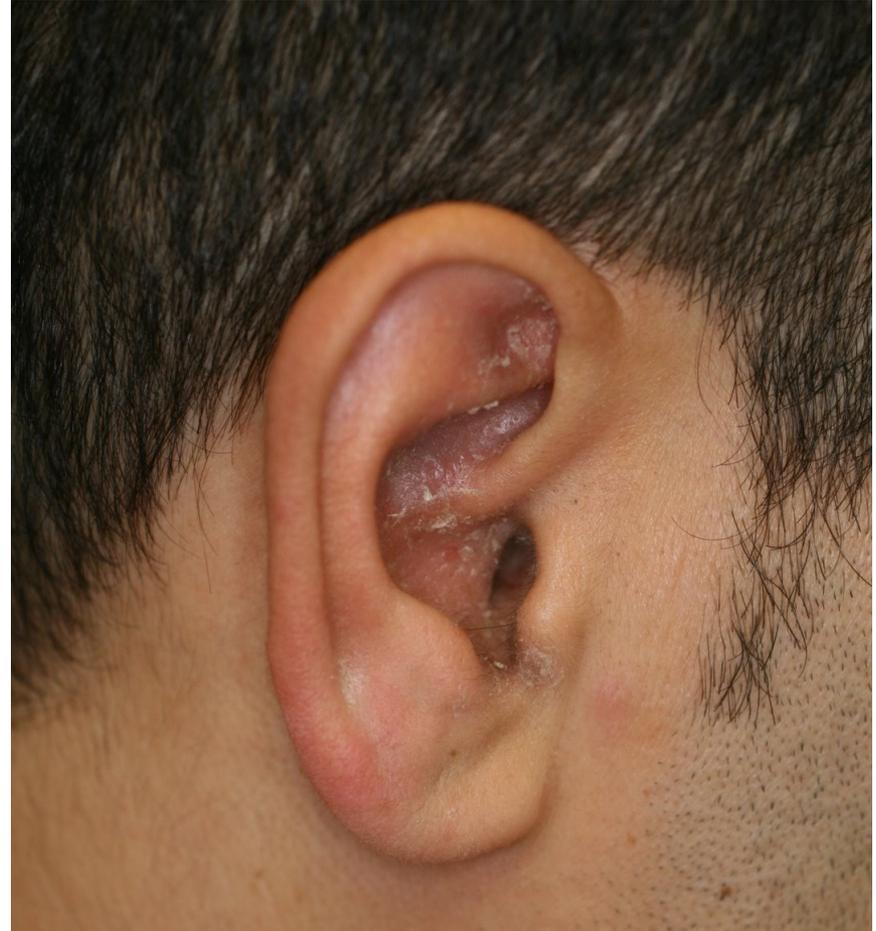
Cas clinique n°1 :

- A.** Vous vous tenez à distance (il a omis de se laver les pieds)
- B.** Vous lui demander d'enlever aussi la chaussure droite
- C.** Vous lui demander de se déshabiller
- D.** Vous lui prescrivez de la terbinafine
- E.** Vous lui prescrivez un vernis anti-fongique
- F.** Vous lui prescrivez de la terbinafine et un vernis anti-fongique
- G.** Vous envisagez de réaliser un prélèvement mycologique

Cas clinique n°1 :

- A.** Vous vous tenez à distance (il a omis de se laver les pieds)
- B.** Vous lui demander d'enlever aussi la chaussure droite
- C.** Vous lui demander de se déshabiller
- D.** Vous lui prescrivez de la terbinafine
- E.** Vous lui prescrivez un vernis anti-fongique
- F.** Vous lui prescrivez de la terbinafine et un vernis anti-fongique
- G.** Vous envisagez de réaliser un prélèvement mycologique

Cas clinique n°1 :



Quel diagnostic évoquez-vous pour cette onychopathie ?

Diagnostic : PSORIASIS

Toutes les anomalies des ongles ne sont pas une onychomycose...

Problème du diagnostic différentiel

Problème du diagnostic positif et du diagnostic mycologique

Faut-il faire un prélèvement ?

Quel traitement ?

Onychomycoses

Recommandations de prise en charge

Annales de Dermatologie et Vénérologie 2007; 134: 5S7-16

**Onychomycose = infection fongique de l'appareil unguéal
(dermatophytes, levures, moisissures)**

- Touche 6 à 9% de la population générale (30% après 70 ans)
- **18 à 50 % des onychopathies**
- Le plus souvent aux pieds (hallux)

Tableau I. – Principales espèces fongiques isolées de l'ongle pathologique selon la localisation et l'origine.

Espèces ou genres		Localisation		Origine principale
		mains	pieds	
Dermatophytes				
Habituels	<i>Trichophyton rubrum</i>	++	+++	Humaine*
	<i>Trichophyton mentagrophytes var. interdigitale</i>	+	+++	Humaine*
Rares	<i>Epidermophyton floccosum</i>	+	+/-	Humaine*
	<i>Trichophyton soudanense</i>	+++	+/-	Humaine*
	<i>Trichophyton violaceum</i>	+++	+/-	Humaine*
	<i>Trichophyton tonsurans</i>	+++	+/-	Humaine*
	<i>Microsporum langeronii</i>	+++	+/-	Humaine*
	<i>Microsporum canis</i>	+++	+/-	Chat, chien
Moisissures				
Habituelles	<i>Scopulariopsis brevicaulis</i>	++	+++	Sol
	<i>Scytalidium spp</i>	++	+++	Sol, plantes tropicales
	<i>Fusarium spp</i>	++	++	Sol
Rares	<i>Aspergillus spp</i>	++	++	Sol, plantes
	<i>Acremonium spp</i>	++	++	Sol
	<i>Onychocola canadensis</i>	+/-	+++	Sol
	<i>Paecilomyces spp</i>	+	+	Sol
Levures				
Habituelles	<i>Candida albicans</i>	+++	+	Humaine
	<i>Candida parapsilosis</i>	+++	+	Humaine
Rare	<i>Candida guilliermondii</i>	+/-	+	Humaine
Rares	<i>Cryptococcus spp</i>		+/-	Alimentation, environnement
	<i>Trichosporon spp</i>	+	+/-	Homme, présent sur la peau, environnement
	Autres <i>Candida spp</i>	+	+/-	Alimentation, environnement

Fréquents (+++); peu fréquents (++) ; rares (+) ; exceptionnels (+/-) ; * auto-inoculation.

Le + souvent : dermatophytes (pieds)
Puis *Candida*. (mains)

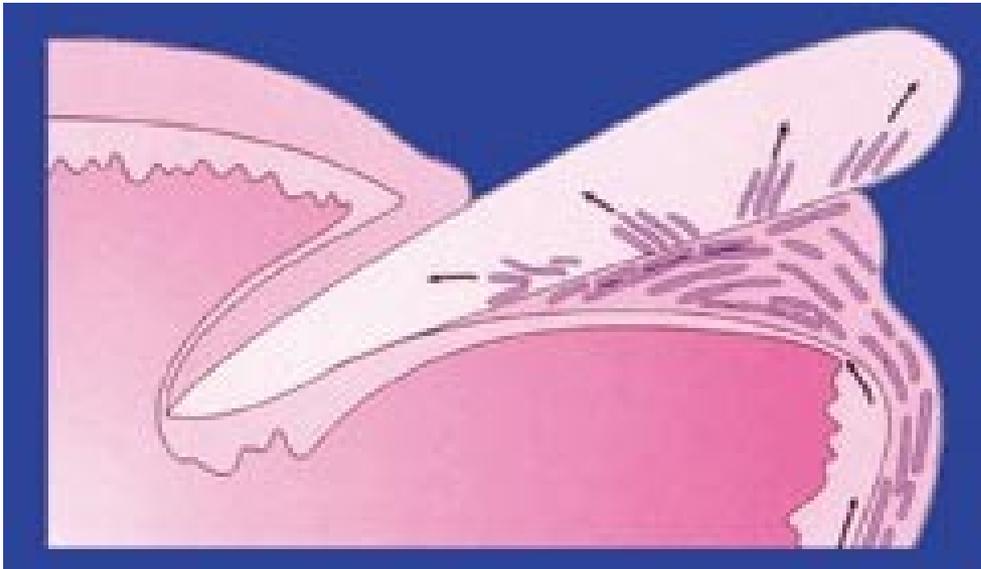
Facteurs favorisants :

- ✓ Sports (piscine, sports de combat, marathon...)
- ✓ Professions (militaires, maîtres-nageurs, femmes de ménage, pâtissier...
.)
- ✓ Hallux valgus
- ✓ Port de chaussures fermées
- ✓ Atteinte familiale
- ✓ Microtraumatismes
- ✓ Onychopathie pré-existante (pso et dermatophytose des pieds)
- ✓ Diabète
- ✓ Troubles trophiques des membres inférieurs
- ✓ Corticothérapie générale

Présentation clinique : fonction du mode de pénétration du champignon

1/ Variété **sous-unguéale disto-latérale** = la + fréquente (85% des cas)

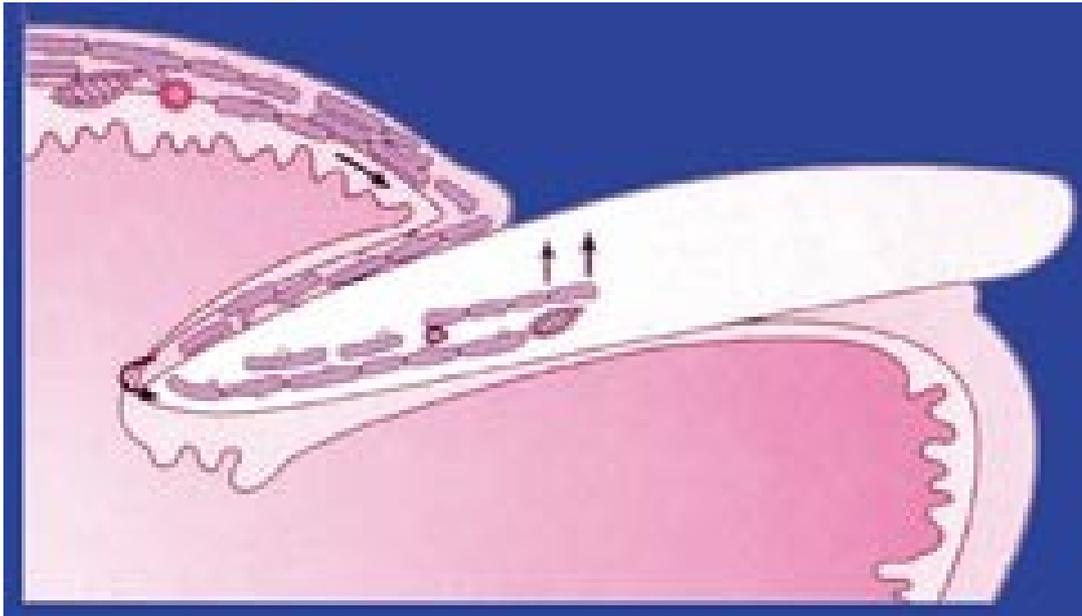
- Avec hyperkératose réactionnelle lit ongle et onycholyse secondaire
- Avec onycholyse d'emblée , secondairement colonisée
- +/- paronychie





2/ Variété sous-unguéale proximale

- Primitive : généralement dermatophytes (*T. rubrum*) , patients immunodéprimés
- Ou secondaire à une paronychie (trauma mécanique chimique...)

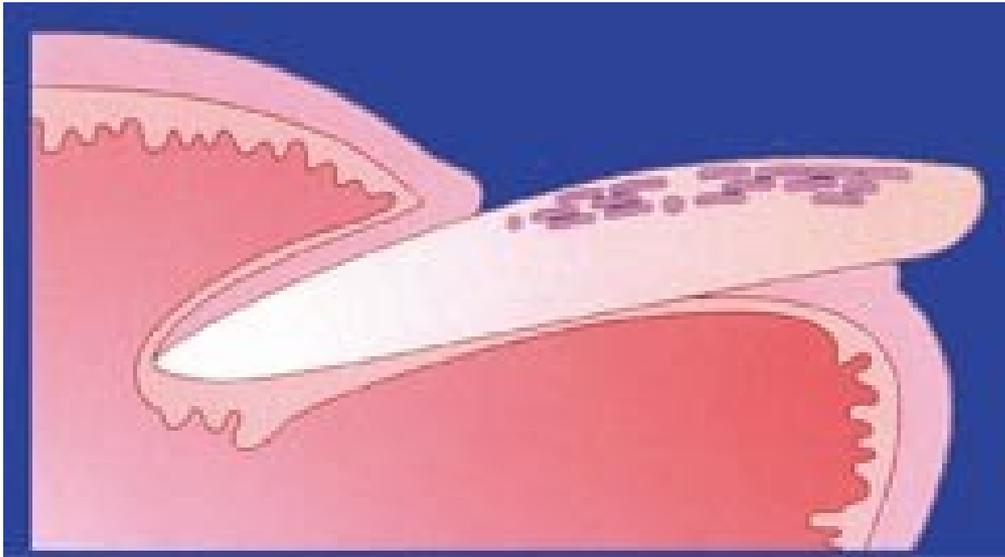


3/ Variété superficielle :

Pénétration par la surface ongle

⇒ dépôts blanchâtres friables s'effritant au grattage

Plutôt aux orteils



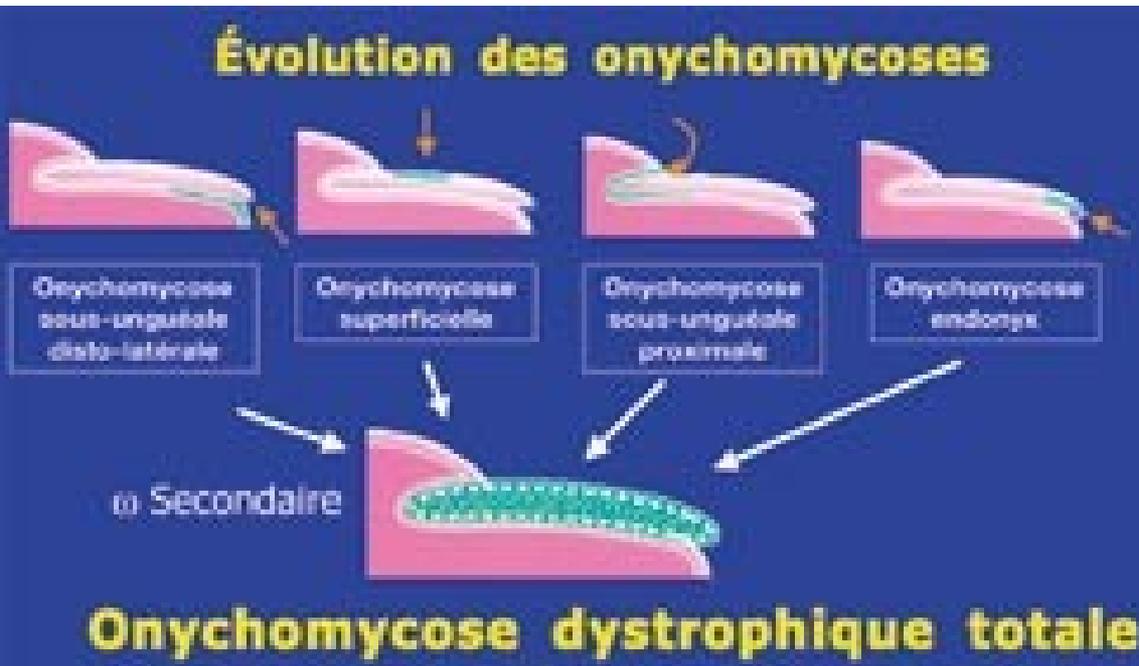
4/ Onychomycose endonyx

Contamination d'emblée de l'épaisseur de la tablette (via pulpe comme dans atteinte disto-latérale) mais sans hyperkératose, ni onycholyse



« A Text Atlas of Nail Disorders » *Diagnosis and Treatment*. R Baran, RPR Dawber, E Haneke, A Tosti, I Bristow (eds). Third ed. Martin Dunitz, London & New York 2003

5/ ...et enfin variété dystrophique totale



Interrogatoire et examen clinique

Examiner le reste du tégument : autres localisations et diagnostic différentiel

Ancienneté des lésions

Traitements antérieurs (durée, efficacité)

Evolution, Mode de début (bord libre, région matricielle)

Facteurs favorisants

ATCD dermatologiques (psoriasis, eczéma...)

Examen du pied dans son ensemble (anomalies podologiques pouvant expliquer hyperkératose, onycholyse...)





Le prélèvement mycologique

Recommandation : INDISPENSABLE

Conditions de réalisation :

- ✓ Sur des ongles propres brossés avec un savon neutre (éliminer moisissures de l'environnement)
- ✓ Enlever tout vernis cosmétique au moins 48 h avant
- ✓ Pas de soin de pédicurie avant
- ✓ **Fenêtre thérapeutique : 15 jours pour crème anti-fongique à 3 mois !
(solution filmogène, vernis ou traitement systémique)**
- ✓ Examen direct : confirme mycose et parfois orienter vers le type agent pathogène (dermatophyte, levure ou moisissure)
- ✓ Culture : elle seule permet identification précise genre et espèce (délai : qq jours pour levures et moisissures à 2-3 semaines pour dermatophytes)
- ✓ **PLV autres lésions cutanées associées**

Prélever au « bon endroit »

Aller chercher le matériel unguéal parasité là où le champignon est vivant afin que celui-ci pousse en culture

Découper l'ongle pour arriver à jonction zone saine – zone pathologique

Éliminer les contaminants accumulés sous ongle (levures, moisissures, germes)

Atteinte distolatérale avec hyperkératose sous-unguéale :

- Découpage pince à ongle jusque jonction zone infectée – zone saine
- Grattage des débris kératosiques du lit de l'ongle



Leuconychie superficielle ou profonde :

- Nettoyage tablette avec alcool
- Grattage ou découpage de la leuconychie jusque zone blanche friable



Paronychie avec atteinte des sillons latéraux (souvent dans candidose) :

- Grattage sous le repli sus-unguéal (vaccinostyle)
- Découpage de la tablette et grattage des zones latérales
- PLV pus en cas de périonyxis avec pus



Comment interpréter un prélèvement mycologique ?

1. **Dermatophytes** (examen direct, culture) : le + fréquent (90% onychomycoses orteils)

3. **Candidoses :**

- Plus fréquentes aux doigts
 - Psce *C. albicans* : toujours pathogène (même si seulement en culture et direct négatif)
 - Si un autre candida : réelle infection ou simple colonisation par candida habituellement pst sur peau (*parapsilosis*, *guilliermondii*...)
- ⇒ Examen direct : psce ou non pseudo-filaments

10. **Moisissures :**

Simple colonisation, contamination ou réellement pathogène
Conseille un second PLV confirmant les mêmes résultats

Pourquoi faire un prélèvement mycologique ?

Contre

Erreurs de labo (faux négatifs)

Coût

Pour

Pas de signes cliniques spécifiques des onychomycoses (diagnostic différentiel)

Geste simple réalisable en consultation (mais respect conditions techniques)

Coût négligeable comparé à celui ttt anti-fongique empirique inadapté

latrogénicité ttt antifongique non indiqué

Onychomycoses : Traitements

Annales de Dermatologie et Vénérologie 2007; 134: 5S7-16. Onychomycoses, modalités de diagnostic et prise en charge

Tableau II. – Antifongiques utilisables par voie topique.

Familles d'antifongiques DCI (nom commercial)	Indications AMM onyxis/périorionyxis	Indication AMM Intertrigo-inter-orteils
Polyènes		
Amphotéricine B (Fungizone)	<i>Candida</i>	
Imidazolés		
Bifonazole (Amycor®)	<i>Candida</i> , dermatophytes	<i>Candida</i> , dermatophytes
Bifonazole + urée (Amycor onychoset®)	<i>Candida</i> , dermatophytes	<i>Candida</i> , dermatophytes
Éconazole (Dermazol®, Pevaryl®)	<i>Candida</i>	Dermatophytes
Fenticonazole (Lomexin®)	<i>Candida</i> , dermatophytes	Dermatophytes
Isoconazole (Fazol®)	<i>Candida</i>	<i>Candida</i> , dermatophytes
Kétoconazole (Kétoderm®)	<i>Candida</i>	<i>Candida</i> , dermatophytes
Miconazole (Daktarin®)	<i>Candida</i>	Dermatophytes
Omoconazole (Fongamil®)		<i>Candida</i> , dermatophytes
Oxiconazole (Fonx®)		Dermatophytes
Sertaconazole (Monazol®)		<i>Candida</i> , dermatophytes
Tioconazole (Trosyd®)		Dermatophytes
Allylamines		
Terbinafine (Lamisil®)	<i>Candida</i>	Dermatophytes, <i>Candida</i>
Tolnaftate (Sporiline®)	Dermatophytes	Dermatophytes
Morpholine		
Amorolfine (Loceryl® sol filmogène)	<i>Candida</i> , dermatophytes	
Hydroxypyridone		
Ciclopiroxolamine (Mycoster®)	Dermatophytes	Dermatophytes
Ciclopirox (Mycoster® sol filmogène)	<i>Candida</i> , dermatophytes	
Acide undécylinique (Mycodécyl®)		Dermatophytes

Tableau III. – Antifongiques utilisables par voie orale.

Familles d'antifongiques DCI (nom commercial)	Indications AMM onyxis/périorionyxis	Indication AMM Intertrigo inter-orteils
Griséofulvine (Griséfuline®)	Dermatophytes	
Imidazolés		
Kétoconazole (Nizoral®)	<i>Candida</i> , dermatophytes	
Allylamines		
Terbinafine (Lamisil®)	Dermatophytes	

Autres mesures :

- **Suppression de la zone pathologique** : découpage après traitement chimique (urée 40%) ou mécanique (meulage jusqu'au lit ongle, pince)
- Traitements mécaniques indispensables pour atteindre zones où traitement systémique ou local diffuse mal (onycholyse, parties latérales de l'ongle, hyperkératose compacte)
- Traitement local est inefficace en cas onycholyse
- Traitement entourage
- **Sources possibles de recontamination doivent être traitées** (prévention)
- Onychodystrophie non mycosique pré-existante peut persister après ttt et ne justifie pas la poursuite du ttt
- **Traiter toute autre localisation (intertrigo...)**

Onychomycose à Dermatophytes :

Atteinte distale ou latérale isolée :

- Si hyperkératose ou onycholyse : Amycor onychoset ou avulsion mécanique de la zone infectée
- Solution filmogène monothérapie : seulement si atteinte des 2/3 distaux sans hyperkératose ou sans onycholyse importante
- Sinon terbinafine 250 mg/j **3 mois** à 6 mois pour pieds, **6 semaines** à 3 mois pour mains

Atteinte matricielle, atteinte proximale, onychodystrophie totale :

Traitement systémique (terbinafine)

Et poursuite des soins locaux (meulage, découpage...)

Onychomycose à Candida :

Atteinte disto-latérale :

Découpe de la partie malade et imidazolé topique ou MycoSter

Si péri-onyxis associé :

- Mains séchées régulièrement, protection par double paire gants (coton + caoutchouc, latex, vinyle)
- imidazolé
- ou amphotéricine B (Fungizone) topique (*n'est plus disponible*)
- Si atteinte polydactylique , échec ou récurrence : kétoconazole Nizoral (a AMM)

Onychomycose à moisissures :

- Traitement local mécanique et/ou chimique
- Le + efficace : amphotéricine B (Fungizone) topique (lotion)
- Locéryl et Mycoster ont aussi AMM (sauf pour *Scytalidium sp.*)

Terrains particuliers :

Enfants :

Traitement local mécanique et/ou chimique

Si nécessité traitement systémique : griséofulvine

Grossesse et allaitement :

Aucun traitement systémique autorisé

Si demande : proposer seulement traitement local

Suivi – recommandations

Revoir patient après 3 mois traitement pour onychomycose des orteils

Appréciation de la guérison est clinique

Si doute (ex : persistance onychodystrophie) :

refaire un examen mycologique de contrôle après une fenêtre thérapeutique de 3 à 6 mois

Prévention :

Prévention collective :

- Drainage des eaux de douche, désinfection quotidienne ou biquotidienne (piscines) des sols
- Lavage machine 60 ° des vêtements (gants, chaussettes...)
- Serviette individuelle plutôt qu'un tapis de douche

Prévention individuelle :

pdt ttt et après guérison (prévention récurrences)

- bien sécher les pieds et espaces inter-digitaux
- Chaussage adéquat lors de la marche sur des surfaces à forte densité en dermatophytes (sol piscine, douches communes, gymnase...)
- Conseiller le port de chaussures neuves, après guérison
- Couper ongles courts et avoir une bonne hygiène
- Application hebdo éconazole, miconazole ou bifonazole ou mensuelle de terbinafine topique pour prévenir apparition dermatophytose plantaire ou interdigitale

Et pourquoi ça ne marche pas ?

- **Mauvaise diffusion des traitements anti-fongiques :**
 - Hyperkératose diffuse ou localisée
 - Onycholyse (pas de diffusion à partir du lit mais uniquement par matrice)
 - Atteinte latérale (onycholyse physio par absence d'attachement de la tablette aux gouttières latérales et moindre vascularisation)
- **Traitement interrompu trop tôt si :**
 - Une vitesse de pousse unguéale lente (moins de 3 mm en 6 mois)
 - atteinte de > 75% surface de la tablette et atteinte matricielle
 - Mauvaise observance du traitement

- **Recontamination :**
 - Une autre localisation non guérie ou non traitée
 - un proche non traité
- Persistance de **facteurs favorisant**, absence de prévention des récurrences
- Un mauvais choix anti-fongiques ou espèce **non sensible** aux traitements disponibles
- **Onychodystrophie** non mycosique pré-existante peut persister après ttt et ne justifie pas la poursuite du ttt (trauma, pso, lichen...)
- **immunodépression**

Quelques chiffres sur efficacité des anti-fongiques :

- Amycor onychoset : 50 à 60% guérison
- Amorolfine (Locéryl) : 38% guérison en monothérapie en 6 mois
- Ciclopirox (Mycoster vernis) : 10 à 60 % en monothérapie
- Griséofulvine (Griséfuline) : < 40% de guérison à 1 an de suivi
- Terbinafine (Lamisil) : 50 à 80 % guérison

Diagnostic différentiel des onychomycoses

Toute pathologie dermatologique ou générale touchant l'appareil unguéal va entraîner des modifications => **expression clinique limitée, non spécifique**

Onychomycose = 50% des onychopathies

Diagnostic différentiel des onychomycoses

Principaux diagnostic différentiels :

- ✓ Psoriasis
- ✓ Microtraumatismes répétés (pieds)
- ✓ onychotillomanie
- ✓ Onychogribose
- ✓ Granulations de kératine (port prolongé vernis)
- ✓ Eczéma (paronychie)
- ✓ Lichen
- ✓ Gale norvégienne
- ...



Coloration jaunâtre et granulation de kératine suite port de vernis prolongé



Onychotillomanie

Le psoriasis

- Dermatose inflammatoire chronique (2% population)
- Atteinte unguéale est fréquente au cours du psoriasis (environ 50% patients)
- Mais peut être minime et passer inaperçue
- Diagnostic facile si lésion cutanée associées
- Mais peut aussi être isolée



Les signes cutanés à rechercher en faveur du psoriasis

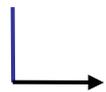
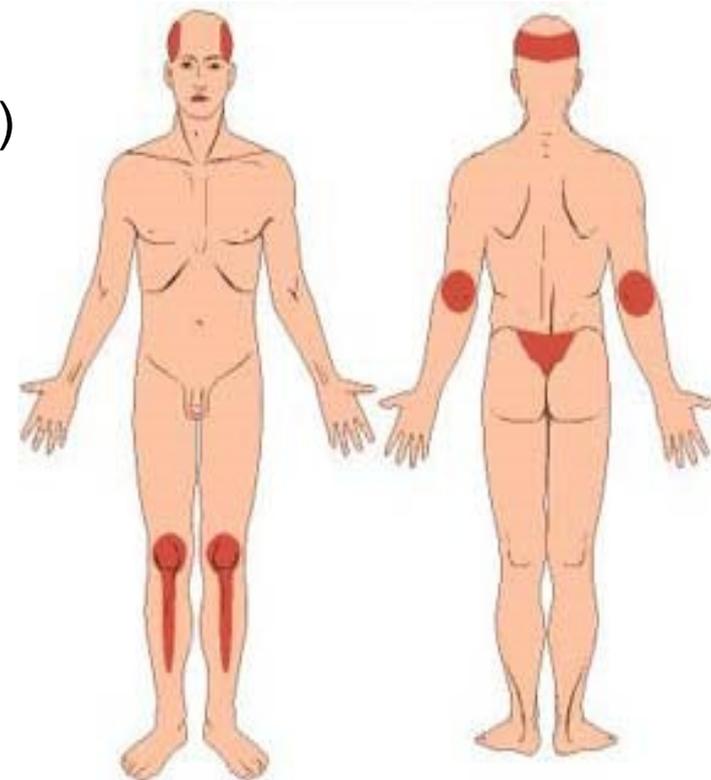
plaques **bien limitées, maculo-papuleuses, érythémateuses et squameuses** (+/- épaisses) (squames épaisses blanches), peu prurigineux ?(prurit dans 30-60% cas), pas de cicatrice séquellaire



Zones électives du psoriasis (= zones bastions) :

- symétrique
- face d'extension des coudes et des genoux
- région lombo-sacrée,
- cuir chevelu
- petits plis (ombilic et conduits auditifs externes)

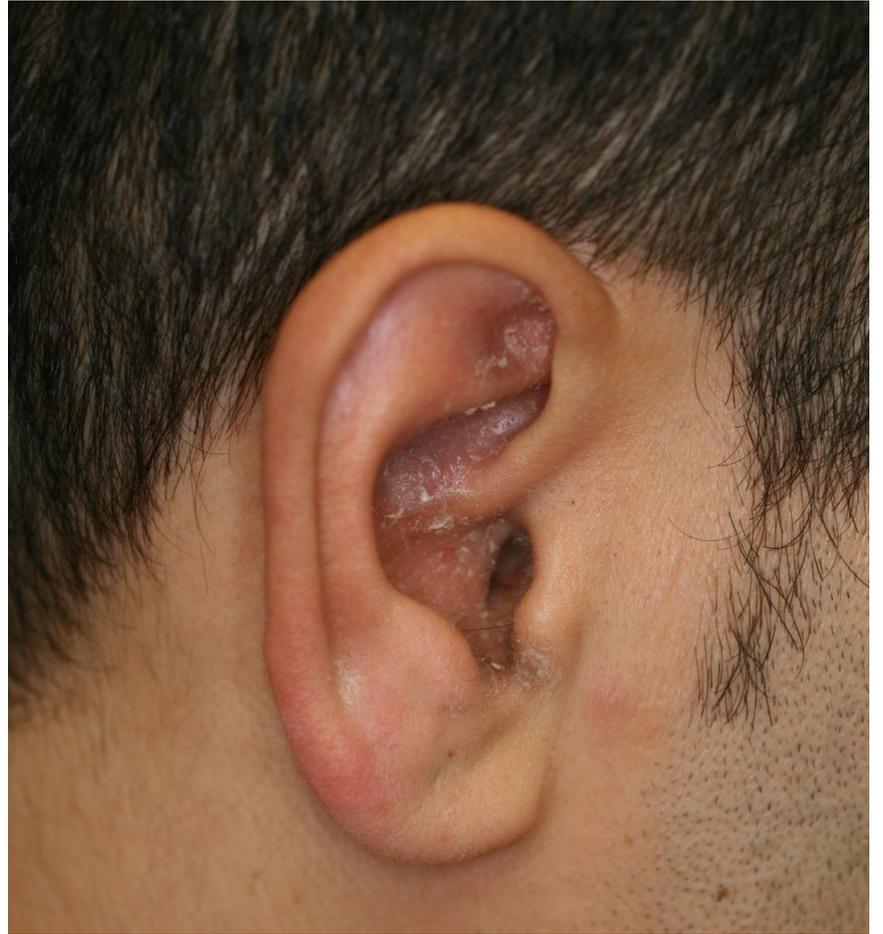
- grands plis (aspect intertrigo)
- ongles
- paumes et plantes



*présentation clinique différente
selon localisation*



















Phénomène de Koebner

Nombreuses manifestations unguéales qui dépendent du site anatomique des lésions :

Anomalies de surface : liées à atteinte matrice proximale ou inflammation prolongée repli sus-unguéal

Dépressions ponctuées

Trachyonychie

Lignes de Beau









Atteinte de la matrice distale

Érythème de la lunule ou aspect tacheté de la lunule

Onycholyse focale (séparation entre lunule et tablette)

Amincissement de la tablette

Atteinte du lit de l'ongle et/ou de l'hyponychium

Onycholyse jaunâtre bordée d'un liseré érythémateux

Taches orangées médio-unguéales (salmon patch, oil drop)

Hyperkératose sous-unguéale



<http://dermis.net>





Atteinte pustuleuse

Acropustulose ou acrodermatite continue de Hallopeau

Souvent monodigitale mais peut aussi toucher plusieurs ongles

Pustules péri et/ou sous-unguéales



Éléments en faveur du psoriasis :

Souvent polymorphisme lésionnel (simultanément ou dans le temps)

Evolution fluctuante et chronique

ATCD personnels ou familiaux psoriasis

Autres localisations cutanées de psoriasis



Traitement psoriasis unguéal

Difficile => traitement seulement des formes majeures et/ou si retentissement important pour le patient

- **Limiter les traumatismes (phénomène de Koebner)**
- Masquer par du vernis des lésions mineures
- Dermocorticoïdes : plutôt pour les atteintes péri-unguéales
- calcipotriol
- Kératolytique à urée (onypso 15% urée)
- Injections intralésionnelles de corticoïdes
- Rétinoïdes pour acropustulose
- Traitement systémique si atteinte à distance le justifiant ou acropustulose sévère
- Traiter une surinfection fongique associée (si confirmée)

Quel diagnostic ?





Quelques lésions prurigineuses...

Lichen plan

Le lichen plan

= affection cutanée inflammatoire cutanée et/ou muqueuse, souvent chronique et récidivante

Prévalence = 0,5%

Étiologie inconnue : probablement processus auto-immun

Rôle stress

Association à d'autres pathologies :

- Hépatopathie chronique (VHC)
- Thymome, maladie Biermer, Addison, pelade, diabète...

Evolution :

Le + souvent favorable

Régression, parfois spontanée, en moyenne après 12-15 mois

Récidives dans 15 à 50% cas

Voire qq formes chroniques (lichen érosif buccale) ou séquelles (cuir chevelu, ongles)

Le lichen

Présentation clinique unguéale :

• Amincissement de la tablette – accentuation du relief longitudinal – koïlonychie, évoluant vers atrophie et processus cicatriciel aberrant (ptérygion)

Ptérygion = projection cutanée repli dorsal fusionnant avec matrice sous-jacente et séparant tablette en 2 ailerons latéraux impliquant progressivement







- Trachyonychie
- Hyperkératose sous-unguéale
- Mélanonychie
- Lichen érosif et bulleux laissant anonychie



Rechercher des arguments pour un lichen :

Lésions cutanées : papules ferme
violines polygonales

Fines stries grisâtres (stries de
Wickham)

Souvent prurigineuses

Phénomène de Koebner









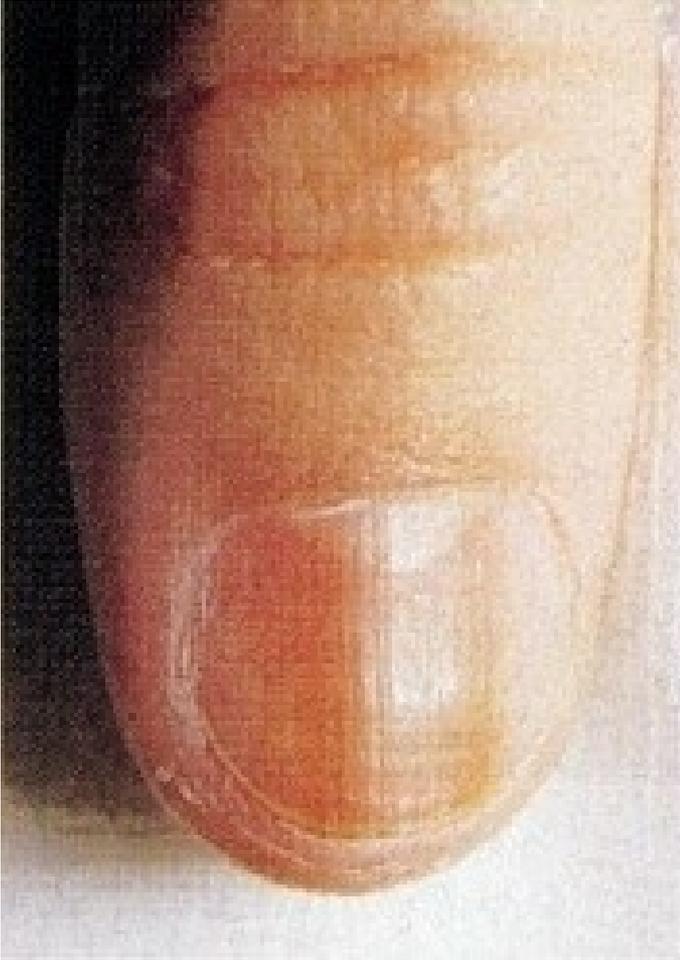
Traitement du lichen unguéal :

Abstention thérapeutique si trachyonychie

Traitement plus « agressif » si risque de séquelles

- corticothérapie locale forte, éventuellement sous occlusion
- corticothérapie générale (0,5 mg/kg/j)
- Kénacort 40 mg/mois
- si CI : acitrétine (Soriatane) : < 0,3 mg/kg/j (risque EI unguéaux : amincissement tablette, paronychie...)

Cas clinique n°2 :

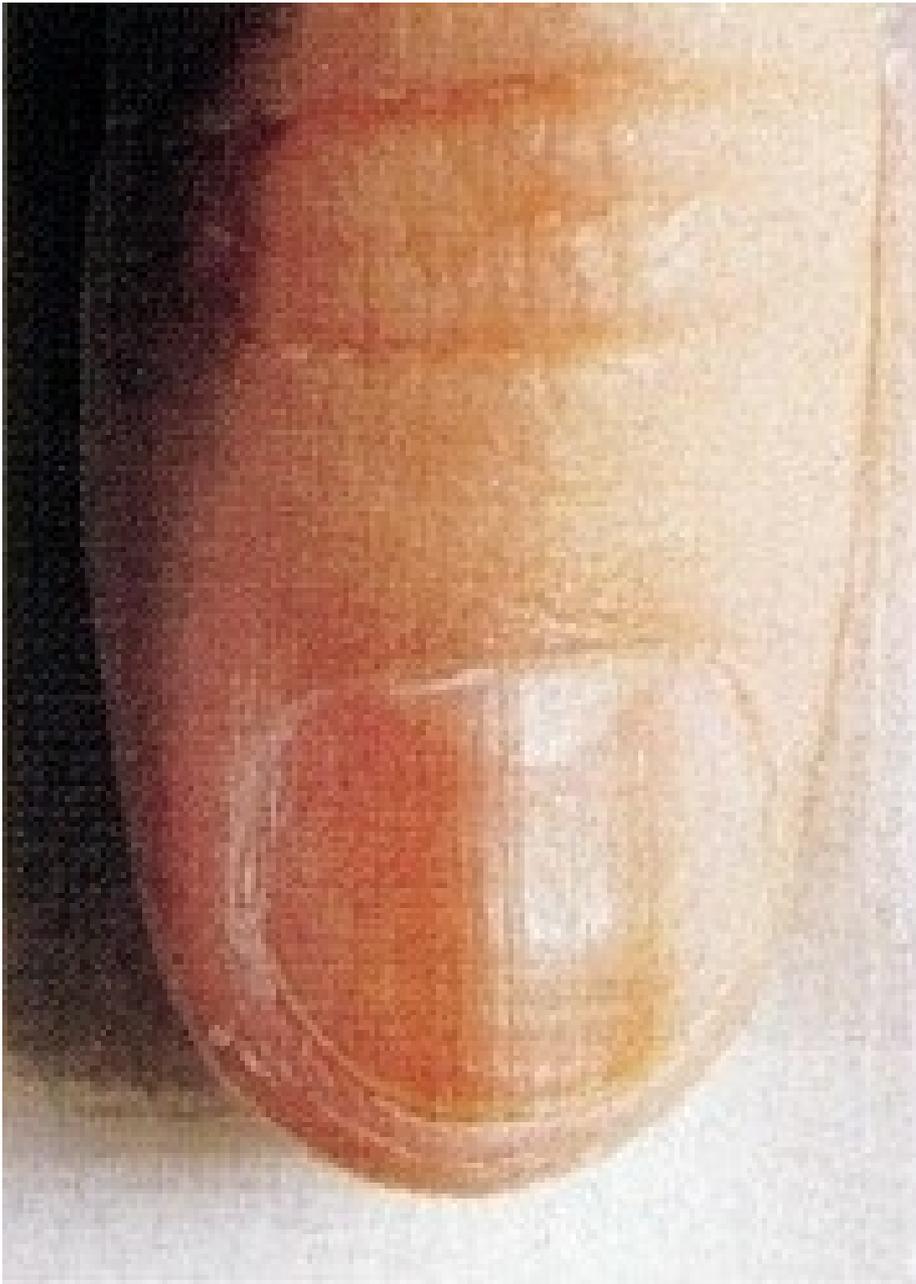


Mme O., 36 ans, vient régulièrement en consultation à votre cabinet pour ces enfants.

Elle-même présente des antécédents de cholécystectomie, asthme et hypercholestérolémie.

Aujourd'hui, elle venait pour une angine de son fils.

A la fin de la consultation, elle vous demande : « Au fait, docteur, depuis quelques mois, je trouve que mon ongle de pouce est un peu bizarre... »



Qu'en pensez-vous ?

Quelle est l'anomalie
présentée par la
patiente ?

Mélanonychie

Face à une pigmentation longitudinale brunâtre de la tablette, quels diagnostics peuvent être évoqués ?

- A. Un naevus de l'appareil unguéal
- B. Une cause médicamenteuse
- C. Un mélanome
- D. Une onychomycose
- E. Un hématome
- F. Un lichen

Face à une pigmentation longitudinale brunâtre de la tablette, quels diagnostics peuvent être évoqués ?

- A. Un naevus de l'appareil unguéal
- B. Une cause médicamenteuse
- C. Un mélanome
- D. Une onychomycose
- E. Un hématome
- F. Un lichen

Que proposez-vous dans le cas de Mme O pour orienter le diagnostic ?

- A.** Un prélèvement du bord libre de l'ongle pour examen histologique
- B.** Une biopsie du lit de l'ongle
- C.** Une biopsie de la matrice de l'ongle
- D.** Un scanner du doigt
- E.** Un bilan de coagulation
- F.** Une consultation de dermatologie
- G.** un examen des ongles des pieds
- H.** un examen gynécologique

Que proposez-vous dans le cas de Mme O pour orienter le diagnostic ?

- A. Un prélèvement du bord libre de l'ongle pour examen histologique**
- B. Une biopsie du lit de l'ongle**
- C. Une biopsie de la matrice de l'ongle**
- D. Un scanner du doigt**
- E. Un bilan de coagulation**
- F. Une consultation de dermatologie**
- G. un examen des ongles des pieds**
- H. un examen gynécologique**

Une biopsie de la matrice en regard de cette mélanonychie a été réalisée. Voici le résultat :

Mélanome acral Clark I, in situ

Quelle prise en charge ?

Mélanome in situ = pas de franchissement membrane basale

Pas de risque métastatique

⇒ Pas de bilan extension paraclinique

⇒ Surveillance clinique ensemble tégument /6 mois

⇒ Photoprotection

⇒ Examen des apparentés

Mais nécessité recoupe (sur peau : recoupe avec marge de 5 mm)

⇒ Sur ongle : exérèse complexe unguéale (cicatrisation dirigée et/ou greffe peau)

Mais elle évite l'amputation

Mélanonychie longitudinale (ML)

= pigmentation linéaire (coloration brun-noire) linéaire de la tablette et/ou du lit de l'ongle en rapport avec la production de pigment mélanique par un foyer de **mélanocytes**, normaux ou non, situé sur la **matrice** unguéale



Activation mélanocytaire

- Fréquent
(fqt chez sujets à peau pigmentée)
- 3. Ethniques
- 4. Systémiques
- 5. Causes locales



Prolifération mélanocytaire

1. Bénigne : lentigo, naevus
2. Malin : Mélanome

Autres pigments

Un aspect de mélanonychie peut être donné par **d'autres pigments**

- **Hématome** : migre avec pousse unguéale ⇒ découper à la recherche de sang et surveiller régression
- **Infection fongique ou bactérienne** (T. rubrum, Scytalidium, Proteus mirabilis)
- **Corps étranger sous-unguéal**
- **Pigments exogènes** : tabagisme, permanganate de potassium, nitrate d'argent, henné, professionnelle (coiffeur...)
- **Médicaments** : minocyclines, APS...



Mélanonychies par activation mélanocytaire

Très nombreux facteurs pouvant influencer activité mélanocytaire....

Les mélanonychies ethniques :

- ML rares chez sjts blancs
- 77% des sjts noirs âgés de 20 ans (95% chez > 50 ans)
- Multiples, largeur variable, bords rectilignes :



Mélanonychies par activation mélanocytaire

Causes loco-régionales : inflammation, traumatisme

- Dermatose de localisation unguéale (lichen...)
- Tumeur sous-unguéale
- Frottement :
onychotillomanie (atteinte des 2 pouces), frottement des chaussures (4^{ème} et 5^{ème} orteils), chevauchement hallux par 2^{ème} orteil plus long



Mélanonychies par activation mélanocytaire

Anomalies du système pigmentaire

• **Maladie de Laugier** : pigmentation mélanique essentielle muqueuse buccale, lèvres, muqueuse balanique, vulvaire et ongles

• **Maladie de Peutz-Jeghers**

- ☞ ML multiples
- ☞ associées à lentiginose péri-orificielle, buccale, péri-oculaire, péri-nasale, ombilicale, palmaires, pulpaire et parfois génitale
- ☞ Polypose digestive
- ☞ Autres associations : tumeurs ovaire, sein, testicule, leucémie



Mélanonychies par **activation mélanocytaire**

Causes systémiques :

- grossesse
- Maladies endocriniennes (insuffisance surrénalienne, dysthyroïdie, cushing...)
- SIDA
- Malnutrition
- Porphyries
- Intoxication arsenic
- Médicaments : hydroxyurée, antinéoplasiques, phénothiazines, RT, ...

Mélanonychies par **prolifération mélanocytaire**

1. **Bénin** : naevus et lentigo
3. **Malin** : mélanome

naevus



Mélanonychie unique



lentigo





Ne pas rater un mélanome !

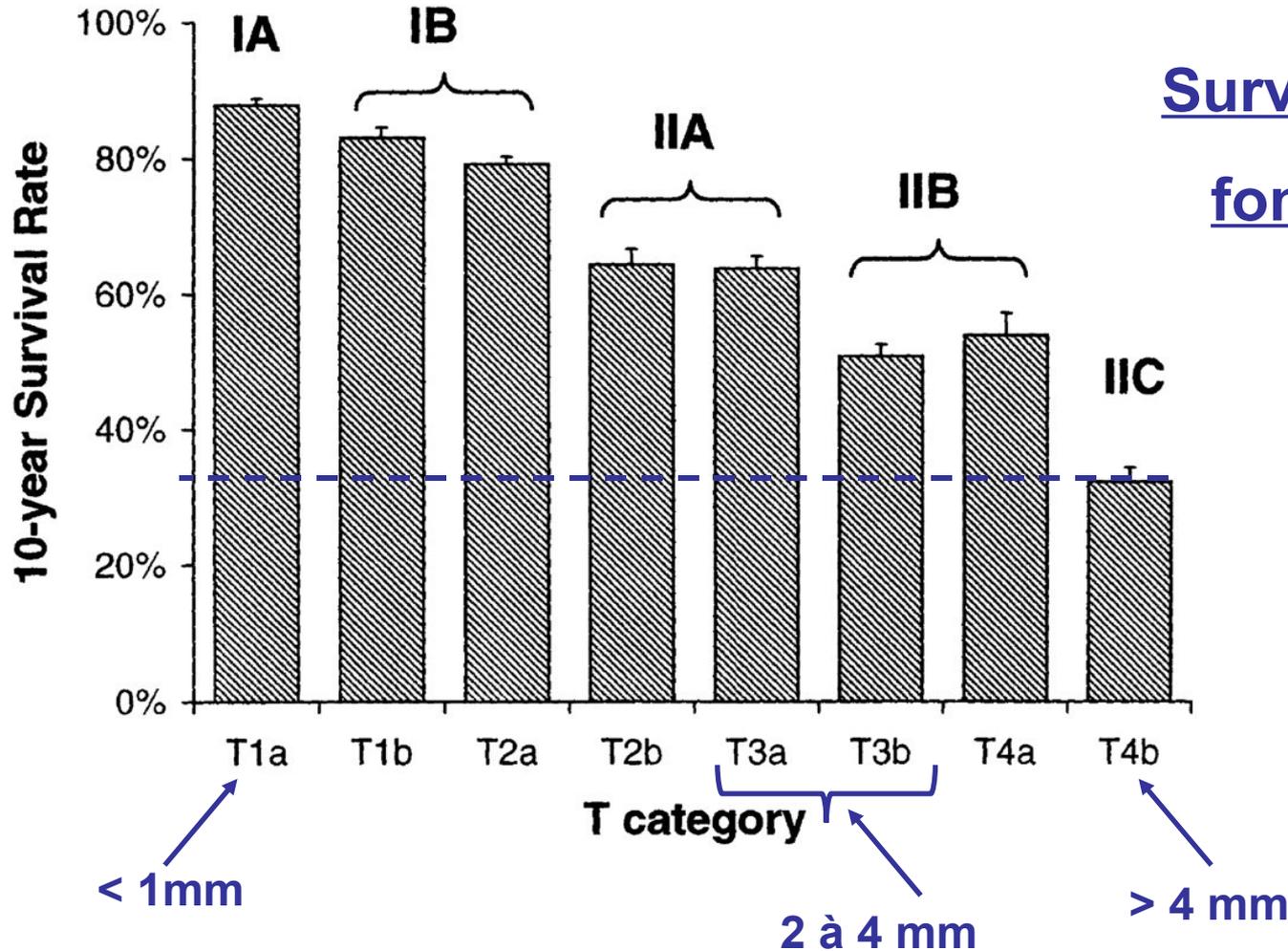


Table 3. Survival Rates for Melanoma TNM and Staging Categories

Pathologic Stage	TNM	Thickness (mm)	Ulceration	No. + Nodes	Nodal Size	Distant Metastasis	No. of Patients	Survival ± SE			
								1-Year	2-Year	5-Year	10-Year
IA	T1a	1	No	0	-	-	4,510	99.7 ± 0.1	99.0 ± 0.2	95.3 ± 0.4	87.9 ± 1.0
IB	T1b	1	Yes or level IV, V	0	-	-	1,380	99.8 ± 0.1	98.7 ± 0.3	90.9 ± 1.0	83.1 ± 1.5
	T2a	1.01-2.0		No	0	-	-	3,285	99.5 ± 0.1	97.3 ± 0.3	89.0 ± 0.7
IIA	T2b	1.01-2.0	Yes	0	-	-	958	98.2 ± 0.5	92.9 ± 0.9	77.4 ± 1.7	64.4 ± 2.2
	T3a	2.01-4.0	No	0	-	-	1,717	98.7 ± 0.3	94.3 ± 0.6	78.7 ± 1.2	63.8 ± 1.7
IIB	T3b	2.01-4.0	Yes	0	-	-	1,523	95.1 ± 0.6	84.8 ± 1.0	63.0 ± 1.5	50.8 ± 1.7
	T4a	> 4.0	No	0	-	-	563	94.8 ± 1.0	88.6 ± 1.5	67.4 ± 2.4	53.9 ± 3.3
IIC	T4b	> 4.0	Yes	0	-	-	978	89.9 ± 1.0	70.7 ± 1.6	45.1 ± 1.9	32.3 ± 2.1
IIIA	N1a	Any	No	1	Micro	-	252	95.9 ± 1.3	88.0 ± 2.3	69.5 ± 3.7	63.0 ± 4.4
	N2a	Any	No	2-3	Micro	-	130	93.0 ± 2.4	82.7 ± 3.8	63.3 ± 5.6	56.9 ± 6.8
IIIB	N1a	Any	Yes	1	Micro	-	217	93.3 ± 1.8	75.0 ± 3.2	52.8 ± 4.1	37.8 ± 4.8
	N2a	Any	Yes	2-3	Micro	-	111	92.0 ± 2.7	81.0 ± 4.1	49.6 ± 5.7	35.9 ± 7.2
IIIC	N1b	Any	No	1	Macro	-	122	88.5 ± 2.9	78.5 ± 3.7	59.0 ± 4.8	47.7 ± 5.8
	N2b	Any	No	2-3	Macro	-	93	76.8 ± 4.4	65.6 ± 5.0	46.3 ± 5.5	39.2 ± 5.8
	N1b	Any	Yes	1	Macro	-	98	77.9 ± 4.3	54.2 ± 5.2	29.0 ± 5.1	24.4 ± 5.3
	N2b	Any	Yes	2-3	Macro	-	109	74.3 ± 4.3	44.1 ± 4.9	24.0 ± 4.4	15.0 ± 3.9
IV	N3	Any	Any	4	Micro/macro	-	396	71.0 ± 2.4	49.8 ± 2.7	26.7 ± 2.5	18.4 ± 2.5
	M1a	Any	Any	Any	Any	Skin, SQ	179	59.3 ± 3.7	36.7 ± 3.6	18.8 ± 3.0	15.7 ± 2.9
	M1b	Any	Any	Any	Any	Lung	186	57.0 ± 3.7	23.1 ± 3.2	6.7 ± 2.0	2.5 ± 1.5
	M1c	Any	Any	Any	Any	Other Visceral	793	40.6 ± 1.8	23.6 ± 1.5	9.5 ± 1.1	6.0 ± 0.9
Total							17,600				

Ne pas passer à côté d'un mélanome ! ...

- Reconnaître une lésion de moins de 1 mm d'épaisseur (Breslow < 1 mm) = meilleur pronostic !
(« guérison » avec exérèse (?...))
- Risque métastatique proportionnel à épaisseur de la tumeur (Breslow)
- Pas de traitement efficace au stade métas

**Au niveau des ongles
(et aussi plus généralement des pieds...) :
se méfier des formes trompeuses...**







Lésion érosive évoluant depuis 2 ans (dans les suites d'une brûlure)



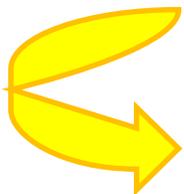






Traitement du mélanome

<i>Breslow</i>	<i>Marges d'exérèse recommandées</i>
Mélanome in situ	0,5 cm
0 - 1 mm	1 cm
1,01 - 2 mm	1 - 2 cm
2,01 - 4 mm	2 cm
> 4 mm	2 - 3 cm



AMPUTATION

CAT face à une mélanonychie

- ATCD
- Médicaments
- Origine ethnique
- Examen cutanéomuqueux complet
- Facteurs traumatiques, pigments exogènes
- Description de la mélanonychie

Éléments cliniques incitant à l'exérèse :

- Patient à risque de mélanome (phototype clair, ATCD mélanome, nbx naevus...)
- Survenue à âge adulte (après 60 ans)
- Mélanonychie unique ou plusieurs mélanonychies sur un même ongle
- Pouce, index, gros orteil
- Apparition récente et rapide
- **Évolutivité de la lésion** (élargissement, assombrissement...)
 - > 6 mm large
 - Coloration très foncée
 - hétérochromie
 - Flou des bords
 - Débordement pigmentaire péri-unguéal (signe de Hutchinson)
 - Destruction partielle ou totale de la lame unguéale
 - Sjt noir : attention à modif bande considérée comme ethnique ou apparition tardive (> 50-60 ans)

Mélanonychie, un seul ongle, race blanche, inexpliquée

BIOPSIE -EXERESE

Prélèvement bord libre ongle

Surveillance ?
(photo, dermatoscopie)

Prélèvement du bord libre de l'ongle



Histologique :

- Coloration argentique Fontana-Masson : mélanine
- Réaction peroxydasique ou au fer colloïdal : hémossidérine
- PAS : filaments mycéliens

Filaments mycéliens
PLV mycologiques
Onychomycose



surveillance

Présence de Mélanine



BIOPSIE -EXERESE

Hémossidérine
Hématome

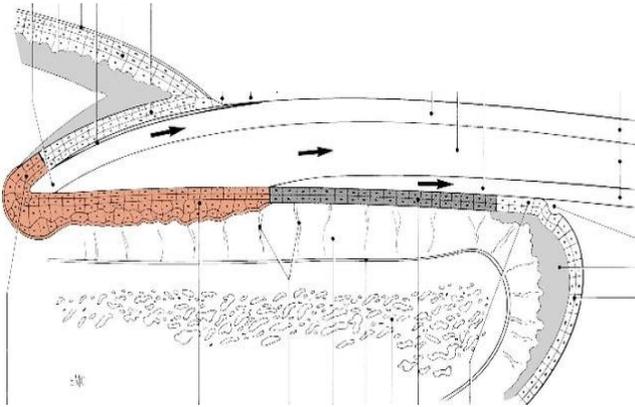


surveillance

PLV bord libre de l'ongle permet aussi de préciser **localisation ventrale ou dorsale mélanine** et orienter biopsie sur matrice distale ou proximale

Biopsie-exérèse d'une mélanonychie

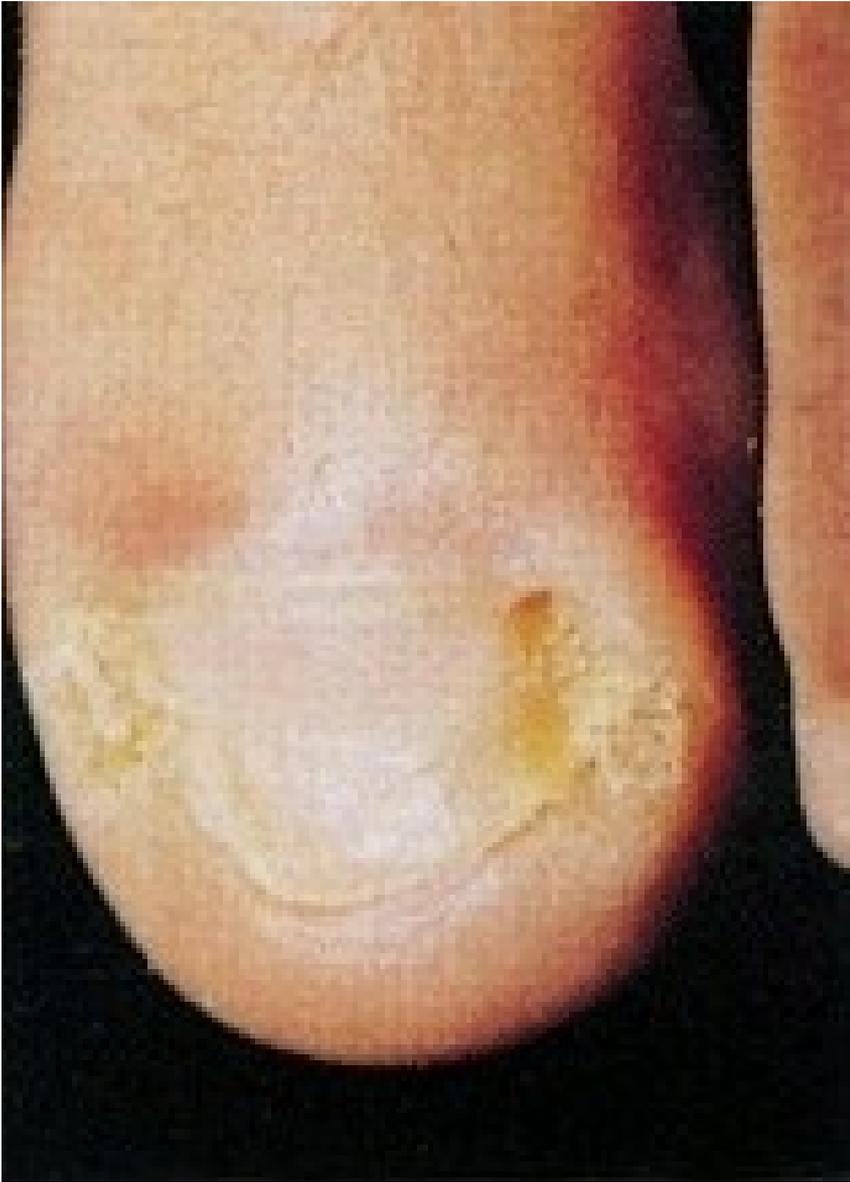
- **Totalité** de la lésion : examen histo délicat
- **Matrice** proximale ou distale



mélanine dorsale → matrice proximale
mélanine ventrale → matrice distale

- Fonction **largeur** de la bande : parfois exérèse totalité appareil unguéal
- Risque de **dystrophie** unguéale





Diagnostic ?

verrues



Carcinome épidermoïde





Quel est
votre
diagnostic ?

Hippocratisme digital

Hippocratismes digital

= **hypercourbure** transversale et longitudinale de la tablette, associée à **hypertrophie des parties molles** péri-unguéales +/- cyanose locale inconstante (60% cas)

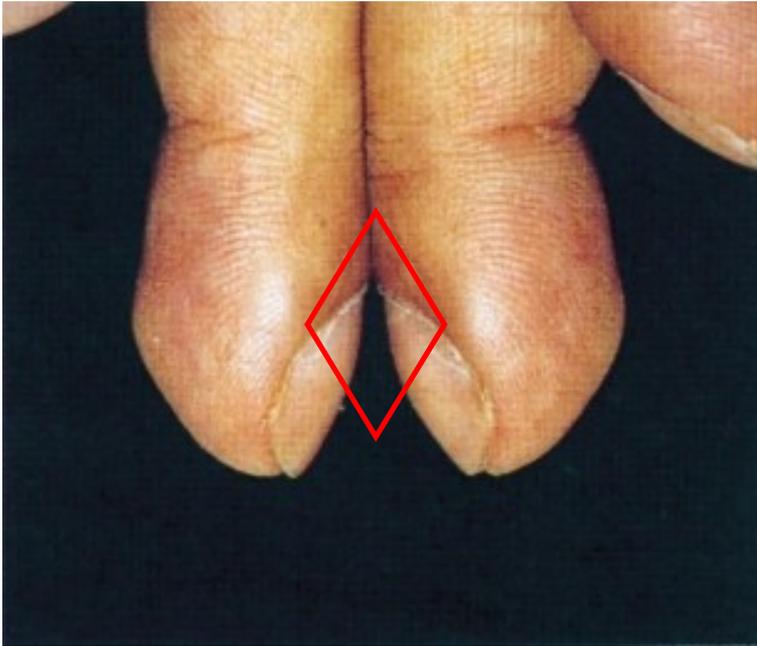
Généralement atteinte symétrique des ongles des doigts, plus rarement des orteils

Ongle aisément mobilisable sur sa base (signe du glaçon) en raison de hyperplasie tissu fibrovasculaire sous-jacente

+/- déminéralisation sous-jacente

Signe de la fenêtre de Schamroth :

Effacement du losange normalement formé entre les 2 tablettes



Diagnostic différentiel : ongle en griffe, périonyxis....

Physiopathologie : probablement lié à hypervascularisation distale par ouverture de shunts

Le plus souvent en rapport avec **hypoxie**

Nombreuses étiologies : 80% origine intra-thoraciques

- Formes congénitales
- Forme physiologique transitoire du nouveau-né
- Infections broncho-pulmonaires, bronchiectasies
- Néoplasie intrathoraciques
- Insuffisance cardiaque, cœur pulmonaire chronique
- Étiologies digestives : néoplasies digestives, MICI (Crohn), hépatites chroniques, cirrhose... (5% des cas)
- Polyglobulie avec hypoxémie
- Intoxications (alcool, arsenic, mercure, héroïne, chlorure de vinyle)...

...

Formes unilatérales

→ rares, causes loco-régionales (anévrisme, FAV, atteinte plexus brachial...)

Un seul doigt

→ tumeur +++ (enchondrome, métas...), sarcoïdose, tophus goutteux, séquelle post-traumatique

Questions ?

