

Pathologies des ongles des doigts

Siegfried Borelli, Stephan Lautenschlager

Dermatologisches Ambulatorium, Stadtspital Triemli, Zürich

Quintessence

- Les ongles des doigts sont des structures anatomiques complexes servant de protection de leurs extrémités, participant à la sensibilité tactile, et pouvant être utilisés comme outils de préhension.
- Les pathologies unguéales peuvent avoir une morbidité non négligeable et du même fait amputer la qualité de vie.
- En plus de l'examen clinique, des examens mycologiques (direct, culture, histologie), radiologiques et histologiques peuvent être indiqués.
- C'est surtout pour une lésion récente ou la destruction d'un seul ongle que la biopsie doit être envisagée.

Les ongles des doigts remplissent plusieurs importantes fonctions: ils en protègent les extrémités, participent à la sensibilité tactile et sont de fins outils de préhension. En plus de cela, les mains, et donc aussi les ongles, ont une très grande importance dans l'interaction sociale, en plus du visage. Des ongles d'aspect sain sont un élément essentiel de l'image corporelle. La morbidité est donc élevée avec des anomalies unguéales, du point de vue aussi bien fonctionnel que – esthétiquement parlant – social [1]. Les pathologies unguéales méritent donc une attention suffisante et un traitement intensif. Cela mis à part, les pathologies unguéales peuvent être des manifestations de toxiques topiques, médicaments et maladies systémiques [2].

L'examen clinique des ongles des doigts doit toujours comporter aussi celui des ongles des orteils. La peau des replis unguéaux et le status dermatologique complet peuvent donner des arguments en faveur de maladies sous-jacentes.

Il s'agit en principe de distinguer les anomalies de la structure, de la forme et de la couleur de l'ongle. Une bonne connaissance de l'anatomie de l'ongle est nécessaire à la compréhension de ses différentes pathologies.



Siegfried Borelli

Anatomie de l'ongle

L'ongle est formé par la matrice, qui va d'une poche sous sa paroi proximale jusqu'à la lunule [3, 4]. Le lit de l'ongle qui la prolonge sert à fixer l'ongle à ses rainures longitudinales inférieures. Le bord libre de l'ongle dépasse l'hyponychium – transition entre l'ongle et la pulpe digitale. La paroi proximale et les latérales forment le périnychium. La paroi proximale et l'ongle sont en outre

reliés par la cuticule, qui sert de protection à la matrice unguéale et ne devrait donc pas être coupée ni repoussée. L'ongle repose sur la phalange terminale à une distance de <1 mm. C'est ce contact rapproché qui détermine principalement la forme de l'ongle. Pour des modifications de formes constatées récemment, il faut donc toujours penser à une étiologie osseuse et demander un examen radiologique. La surface de l'ongle sain est lisse, de couleur rose pâle, avec une lunule blanche et une cuticule intacte. Les ongles des doigts poussent d'env. 0,1 mm/jour, soit 2–3 fois plus vite que ceux des orteils.

Modifications de structure

L'ongle permet de voir comment certaines influences ont agi avec le temps. Des rainures transversales par ex. (sillons de Beau-Reil) signent une baisse d'activité passagère de la matrice (fig. 1 📷), et des longitudinales, ou canalicules, une augmentation ou diminution prolongée de la pousse. Les rainures longitudinales sont la plupart du temps physiologiques en fonction de l'âge. Une anomalie longitudinale également due à des traumatismes répétés au niveau de la matrice est l'onchodystrophie médiane canaliforme (fig. 2 📷).

Les ongles cassants touchent jusqu'à 20% de la population, plus volontiers les femmes et les personnes âgées [5]. Cliniquement, nous voyons une onychoschisie avec écailles lamellaires de l'ongle distal, ou une onychorrhexie avec écailles longitudinales de la tablette unguéale. Pour les ongles rugueux et cassants, l'anamnèse à la recherche d'influences pathogènes est très importante, par ex. travail en atmosphère humide, stress mécanique, toxiques (produits chimiques, ciment, thioglycolate, solvants, acides, alcalis, aniline, sel, solution sucrée) et cosmétiques unguéaux (dissolvants, durcisseurs) ou techniques d'onglerie; la chimie du laboratoire ne joue qu'un rôle de second ordre. Le dosage de la ferritine peut cependant être indiqué, une carence en fer se manifestant typiquement par des ongles mous (hapalonychie) ou concaves, en cuillère (koilonychie).

Des dermatoses telles que le lichen plan, l'eczéma ou l'alopecie circonscrite peuvent être à l'origine d'une trachyonychie avec rugosité de toute la tablette unguéale (fig. 3 📷), appelée «twenty-nail-dystrophy» si tous les ongles sont touchés.

Une dystrophie unguéale friable résulte finalement d'une onychomycose [6]. Les dermatophytes et *Candida* en sont les pathogènes les plus fréquents. Les levures sont moins impliquées. De manière générale, les ongles des doigts sont plus rarement atteints que ceux des orteils.

Les auteurs ne déclarent aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêts en relation avec cet article.



Figure 1
Sillons de Beau-Reil sous chimiothérapie.




Figure 2
Onychodystrophie médiane canaliforme suite à des traumatismes mécaniques à répétition.

A défaut d'un critère clinique évident, il est absolument nécessaire de confirmer la mycose avant le traitement. Le prélèvement du matériel pour le diagnostic mycologique doit se faire sous l'ongle. En cas de doute, la biopsie de la tablette unguéale, avec coloration au PAS pour la préparation histologique, est la méthode la plus sensible pour préciser la nature d'une onychomycose [7].



Figure 3
Trachyonychie suite à contacts répétés avec solvants chez un menuisier. L'hyperkératose et la desquamation de la peau environnante sont la signature de l'influence toxique cumulative.

Le premier diagnostic différentiel doit se faire avec le psoriasis unguéal. La prévalence de ces deux pathologies est élevée, le psoriasis étant la dermatose la plus fréquente avec atteinte des ongles et l'onychomycose la pathologie unguéale la plus fréquente [8]. Dans le psoriasis, nous voyons des ongles en dé à coudre, une onycholyse, un épaissement de la tablette, une hyperkératose sous-unguéale, des taches d'huile, des sillons longitudinaux et transverses. Une onycholyse distale isolée n'est pas nécessairement un symptôme de psoriasis, elle résulte souvent de nombreux contacts avec l'humidité. En cas de suspicion de psoriasis unguéal, il vaut particulièrement la peine d'examiner complètement la peau, du fait que le psoriasis n'est présent qu'au niveau des ongles que dans 1–5% des cas, et que dans tous les autres il doit également y avoir des lésions cutanées. Si les ongles sont touchés par le psoriasis, ce peut être un argument en faveur d'une arthropathie psoriasique, du fait que jusqu'à 80% des patients qui en sont atteints présentent des anomalies unguéales [9]. Le psoriasis unguéal mérite une évaluation et un traitement dermatologiques et rhumatologiques rapides.

Enfin, des néoplasies de la matrice, dont l'onychomatricome, peuvent altérer la structure de l'ongle [10]. En plus de rainures longitudinales marquées avec une discoloration jaunâtre, nous voyons un épaissement de la tablette et des hémorragies linéaires sous-unguéales (fig. 4 ) .

Modifications de forme

Les ongles longs (dolichonychie) et courts (brachyonychie) sont déterminés génétiquement. Les ongles en verre de montre sont excessivement recourbés dans leur axe longitudinal et associés à ceux en baguette de tambour. Les causes en sont des pathologies pulmonaires ou cardiaques, des tumeurs malignes, plus rarement des maladies gastro-intestinales et hématologiques. Des tumeurs bénignes et malignes sous la tablette unguéale provoquent également des modifications de la forme de l'ongle. Des anomalies situées au-dessus de la matrice par ex., comme un kyste mucoïde dorsal ou un fibrokératome post-traumatique, peuvent faire pression sur la

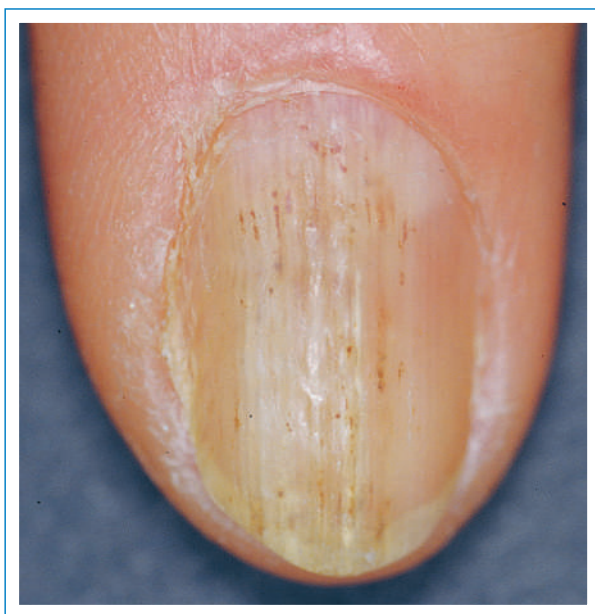


Figure 4
Onychomatricome.



Figure 5
Fibrokératome acquis.



Figure 6
Ongle soulevé par une tumeur glomique.



Figure 7
Mélanome sous-unguéal. Avec une lésion détruisant la tablette d'un seul ongle, il faut toujours faire une biopsie.

tablette unguéale (fig. 5 📷). Une tablette unguéale peut être soulevée par une tumeur sous-unguéale. Si elle s'accompagne d'une douleur à la pression, il faut suspecter une tumeur glomique (fig. 6 📷). Des malignomes comme la mal. de Bowen ou le mélanome peuvent altérer la tablette unguéale jusqu'à sa destruction complète (fig. 7 📷). Le mélanome à proximité de l'ongle n'a pas un plus mauvais pronostic qu'un de même volume à d'autres localisations [11]. Le délai moyen avant la pose du diagnostic est cependant de 2 ans [12]. Pour un mélanome in-situ ou minimal invasif, l'excision de l'appareil unguéal avec marge de sécurité et couverture par greffe

de peau totale, tout en conservant le rayon, peut être suffisante sans aggravation du pronostic [12].

Modifications de couleur

Les dyscolorations peuvent être dues à des applications ou incrustations de colorants exo- et endogènes, à un changement de la translucidité de l'ongle ou du tissu sous-unguéal. Il s'agit de préciser si un seul ongle est atteint ou tous, tout l'ongle ou seulement une partie. Leur spectre va de taches blanches dans la tablette un-



Figure 8
Onychomycose superficielle.

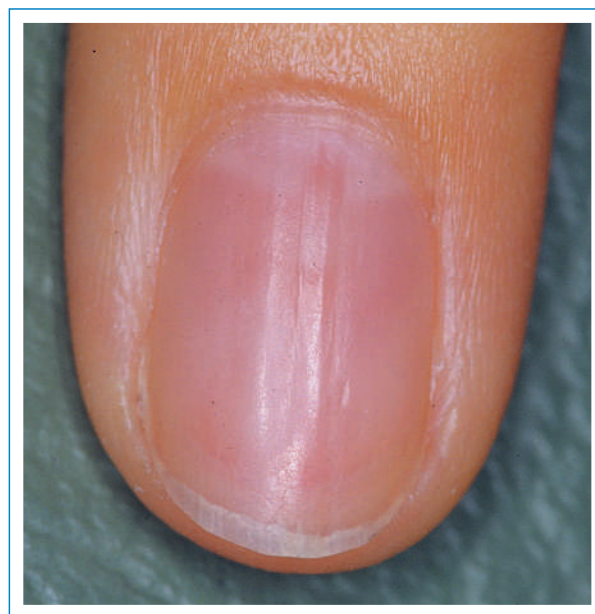


Figure 10
Erythronychie striée (tous les clichés: Dermatologisches Ambulatorium, Stadtspital Triemli Zürich).



Figure 9
Mélanonychie striée.

guéale (leuconychie punctiforme) – qui contrairement à l'opinion répandue chez nous n'est pas un signe de carence mais uniquement un problème d'adhésion localisé – à la discoloration jaunâtre de tous les ongles dans le syndrome du *yellow-nail* dans le lymphœdème et les pathologies pulmonaires (bronchiectasies, bronchite, épanchement pleural chronique).

Les ongles blancs sont fréquents dans certaines familles, dans la mal. de Hodgkin, la cirrhose, l'urémie, l'hypoalbuminémie et la lèpre. La très rare onychomycose superficielle (fig. 8) doit faire l'objet d'un diagnostic différentiel. Dans le cas de cette forme superficielle, le

prélèvement pour diagnostic mycologique doit se faire à la surface de la tablette unguéale.

Des dyscolorations brun-noir diffuses soit sont exogènes (iode, permanganate de potassium, nitrate d'argent), soit signes de maladies telles qu'Addison, hémochromatose, Cushing ou hyperthyroïdie. Des dyscolorations brun-noir en bandes sont soit ethniques (mélanonychie striée, fig. 9), soit un naevus ou un mélanome. Une extension de la bande pigmentée proximale, rapide et atteignant le périnychium (signe d'Hutchinson) est suspecte de malignité [13].

Les hémorragies linéaires doivent être différenciées des hématomes sous-unguéaux. La dermatoscopie est ici utile, mais aussi une exérèse de l'ongle si les lésions occupent les bords. Les hémorragies linéaires peuvent être mécaniques, mais se voient aussi dans les collagénoses, les vasculites, le diabète, l'hépatite, le VIH, la sarcoïdose et l'amyloïdose.

Les hématomes sous-unguéaux sont initialement plutôt bleu-rouge, plus tard verdâtres, surtout dans les bords. Une dyscoloration verdâtre se voit aussi dans les infections à *Pseudomonas* du lit de l'ongle. Des dyscolorations rouges de la tablette unguéale peuvent se présenter comme une lunule rouge ou une érythronychie striée (fig. 10). La première est une lésion plutôt aspécifique, idiopathique mais présente dans de très nombreuses maladies. L'érythronychie longitudinale est une dyscoloration fréquente dont le diagnostic différentiel est large [14]. Dans sa forme localisée à un seul ongle, il y a souvent des onychopapillomes bénins, des verrues ou proliférations vasculaires, mais parfois aussi des malignomes telles que mal. de Bowen, carcinome basocellulaire ou mélanome malin. Si plusieurs ongles sont atteints, des maladies systémiques telles que lichen plan, amyloïdose, mal. de Darier, graft-versus-host-disease ou hémiplogie peuvent en être la cause.

Traitement

Pour les ongles cassants, ce sont tout d'abord les émollients qu'il faut utiliser. Les facteurs déclenchants doivent être supprimés. Les spécialités censées améliorer la qualité de l'ongle ne font souvent pas la preuve de leur efficacité [15].

Pour les onychomycoses et surtout les infections sous-unguéales bactériennes, il est souvent nécessaire d'extraire la partie de l'ongle touchée pour que le traitement soit efficace. Pour les infections bactériennes, il suffit généralement de brosser délicatement et de désinfecter le lit de l'ongle mis à nu. Les onychomycoses doivent bénéficier d'un traitement systémique, si l'indication est donnée, le standard-or étant la terbinafine 250 mg/jour [16, 17]. Les azolés peuvent aussi être utilisés, et sont même le traitement de choix pour les *Candida*. Du fait que le traitement d'une onychomycose peut s'étendre sur plusieurs mois, avec les coûts qu'il génère et ses éventuels effets indésirables, il faut toujours au préalable confirmer le diagnostic par examen direct, culture ou histologie.

Les maladies inflammatoires sont difficiles à traiter localement, car les principes actifs – surtout corticostéroïdes – ne peuvent que difficilement, voire pas du tout atteindre la matrice et le lit de l'ongle. Les injections intralésionnelles de stéroïdes en suspension cristalline sont une option thérapeutique efficace, mais douloureuse. En cas d'atteintes marquées dans le cadre d'eczémas ou de lichen plan, il est également possible d'utiliser les rétinoïdes systémiques. Dans le psoriasis, et surtout l'arthrite psoriasique, le traitement systémique par inhibiteurs du TNF- α est une option.

Les tumeurs seront bien sûr excisées. Une biopsie peut s'avérer nécessaire au préalable pour en confirmer le diagnostic. Les ponctions transunguéales du lit de l'ongle sont faciles à effectuer, la perforation de la tablette unguéale sera rapidement comblée. Une ponction de 3 mm de diamètre au maximum est également possible dans la région matricielle, elle ne laissera pas un ongle fendu.

Remerciements

Méd. pract. Peter Codoni, FMH médecine générale, Praxis Risegg, Staad, un grand merci d'avoir bien voulu lire le manuscrit et fait part de ses précieuses critiques et remarques.

Correspondance:

Dr Siegfried Borelli
Dermatologisches Ambulatorium
Stadtspital Triemli Zürich
Herman-Greulich-Strasse 70
CH-8004 Zürich
[siegfried.borelli\[at\]triemli.zuerich.ch](mailto:siegfried.borelli[at]triemli.zuerich.ch)

Références recommandées

- Reich A, Szepietowski JC. Health-related quality of life in patients with nail disorders. *Am J Clin Dermatol.* 2011;12(5):313–20.
- Lautenschlager S, Spinas GA. Haut und äusseres Erscheinungsbild. Nägel. in Siegenthalers Differenzialdiagnose 20. Auflage Thieme Stuttgart, New York. 2012;95–97.
- Abdullah L, Abbas O. Common nail changes and disorders in older people: Diagnosis and management. *Can Fam Physician.* 2011;57(2): 173–81.
- Radtke Ma, Beikert FC, Augustin M. Nagelpsoriasis – eine therapeutische Herausforderung in Klinik und Praxis. *JDDG.* 2013;11(3):203–21.
- Haneke E. Ungual melanoma – controversies in diagnosis and treatment. *Dermatol Ther.* 2012;25(6):510–24.

Vous trouverez la liste numérotée complète des références sous www.medicalforum.ch.