

## Fiche pratique

# Fiche de dermoscopie n° 11

### Cas clinique

Il s'agit d'un homme de 48 ans, de phototype IIIb, avec une aptitude moyenne au bronzage. Il n'a jamais vécu outre-mer, n'a jamais fait d'UV artificiels, son activité professionnelle est à 100 % intérieure et ses loisirs ensoleillés sont modérés. Il n'a pas d'antécédent personnel ou familial de cancer de la peau.

Il connaît depuis 5 ou 6 ans la lésion pigmentée de l'ongle du gros orteil gauche présentée sur la **figure 1**. Il est droitier et a montré son orteil plusieurs fois à son médecin traitant qui a prescrit un traitement par vernis antifongique resté sans effet malgré 3 tentatives scrupuleusement réalisées pendant plusieurs mois chacune. Il ne prend aucun traitement et n'a pris aucun médicament pigmentogène dans son passé récent ou ancien. La lésion s'est progressivement élargie depuis la première constatation et sa couleur brun clair s'est modifiée avec l'apparition, depuis environ 2 ans, de bandes plus sombres. Elle n'est pas douloureuse et ne provoque aucune gêne fonctionnelle.



Fig. 1.

C'est le remplaçant du médecin traitant habituel qui l'adresse pour un avis complémentaire, ce qui motive la consultation de ce jour.

Il n'y a pas d'autre lésion pigmentée unguéale ou muqueuse, pas de lésion atypique, pigmentée ou non, sur l'ensemble du tégument.

L'examen dermoscopique (polarisation + immersion) de la tablette unguéale est présenté sur la **figure 2**.

**Quel est votre diagnostic ?**

**Quelle est votre proposition de prise en charge ?**

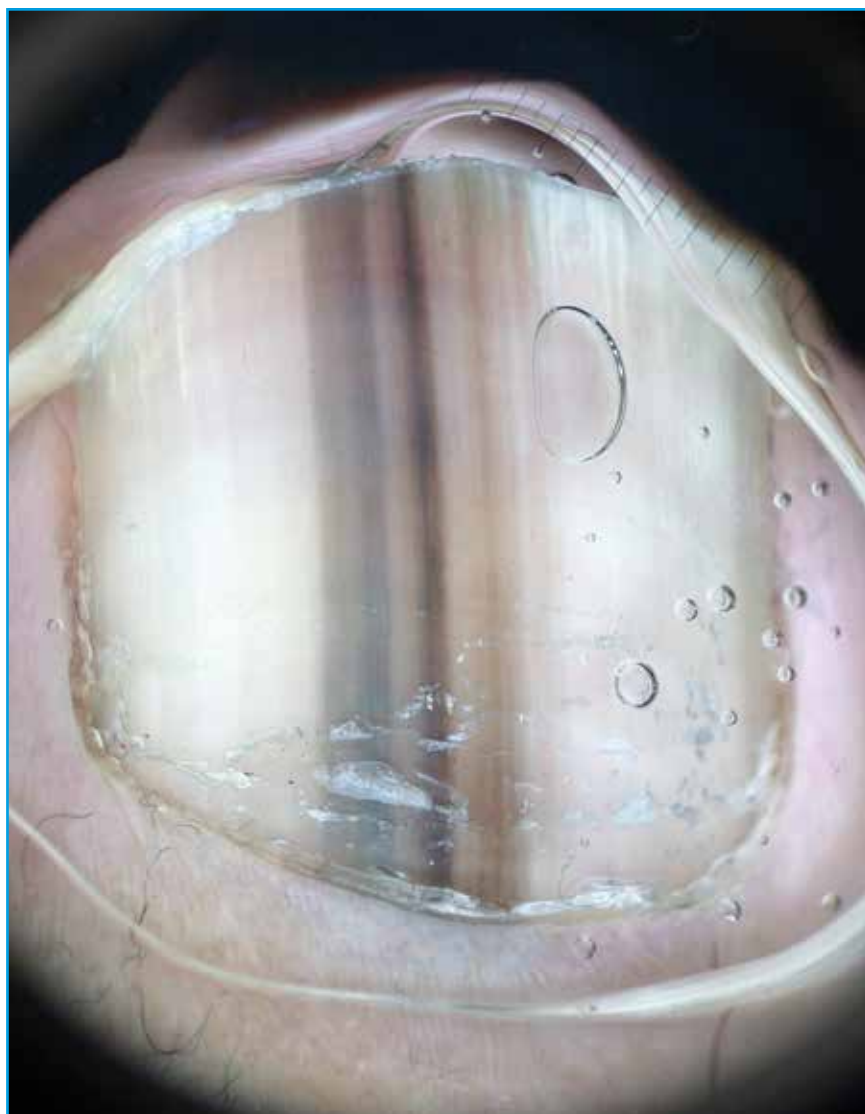


Fig. 2.

## Fiche pratique

### Solution

#### Quel est votre diagnostic? (fig. 2)

Cette lésion monodactyle, acquise à l'âge adulte, hétérochrome et évolutive, dessine une bande pigmentée unguéale qui s'étend du repli proximal à la tablette distale, le fond est brun et les bandes longitudinales sont irrégulières dans leur pigmentation (du brun clair au noir en passant par le gris), leur épaisseur et leur espacement. On observe un faux signe de Hutchinson mais pas de pigmentation périunguéale vraie.

Il s'agit d'une lésion très suspecte d'être un mélanome de type acrolentigineux (ALM) de l'ongle.

#### Quelle est votre proposition de prise en charge?

Un examen histopathologique de la lésion sur la matrice unguéale correspondante est indispensable. Une exploration chirurgicale de l'ongle après avulsion de la tablette doit être effectuée (fig. 3), une dermoscopie peropératoire peut être réalisée (fig. 4).

Une exérèse de l'ensemble de la zone pigmentée pour examen anatomopatholo-

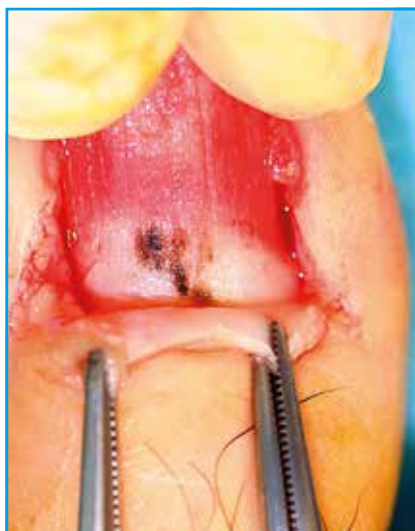


Fig. 3.



Fig. 4.

gique doit, dans cette topographie, être préférée à une biopsie partielle (risque de faux négatif et risque de rendre la suite de la prise en charge, et notamment la surveillance, difficile en cas, bien improbable ici, de diagnostic bénin).

Compte tenu du caractère suspect de la dermoscopie peropératoire (lignes irrégulières dans leur longueur, leur couleur et leur épaisseur et globules irréguliers dans leur distribution géométrique), une biopsie excisionnelle, avec marges courtes, en profondeur jusqu'au contact osseux, sera préférée à une *shave biopsy*.

La microscopie confocale de réflectance *in vivo* a permis, dans ce cas, un diagnostic extemporané de mélanome et donc le traitement chirurgical en un seul temps de ce patient qui a par conséquent subi une exérèse complète de l'appareil unguéal suivie d'une greffe de peau totale. Mais cette technique n'est pas disponible partout et la seconde partie de l'intervention, différée après réception des résultats histologiques, aurait été une alternative tout à fait valide.

L'examen histopathologique confirmera le diagnostic d'un **mélanome acrolentigineux (ALM) de niveau II et de 0,2 mm** d'épaisseur micrométrique. La cicatrisation de la greffe a permis l'arrêt des soins infirmiers à J21, le reprise du travail à J27 et la reprise (progressive) des activités sportives à J35.

Le patient est toujours en rémission complète après 4 ans et demi.

### Commentaires

Sur la **dermoscopie de tablette unguéale** (fig. 5), on observe :

- un fond brun de la pigmentation (**flèche bleue**) ;
- des bandes longitudinales de couleur variable (**flèches jaunes**) ;
- une irrégularité de l'épaisseur des bandes longitudinales (**double flèches rouges**) ;
- une irrégularité des espaces entre les bandes longitudinales (**double flèches vertes**) ;
- une visibilité de la pigmentation à travers la cuticule transparente mais sans

## Fiche pratique

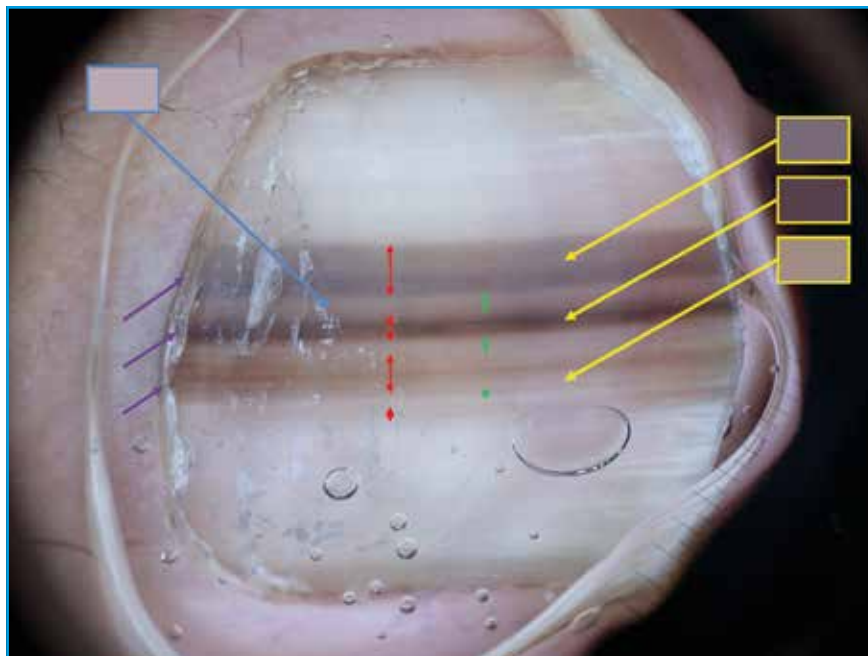


Fig. 5.

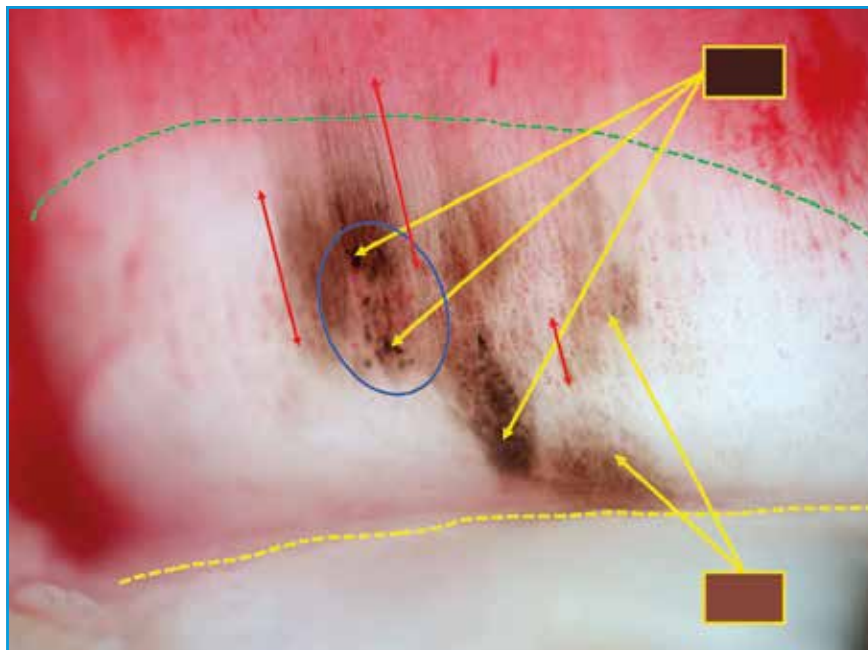


Fig. 6.

pigmentation périunguëale vraie (faux signe de Hutchinson) (**flèches violettes**).

Cet aspect est très évocateur d'un mélanome de la matrice de l'ongle

Sur la **dermoscopie de la matrice réalisée en peropérateur (fig. 6)**, on observe :

- une irrégularité de la distribution et de la couleur (**flèches jaunes**) des zones pigmentées sur la matrice (comprise entre les pointillés jaunes figurant le fond du repli proximal et les pointillés verts figurant la jonction entre la matrice et le lit unguéal) ;
- une irrégularité de longueur des lignes pigmentées longitudinales (**double flèches rouges**) ;
- des globules de taille et de distribution géométrique irrégulières (**dans l'ovale bleu**).

Cet aspect est très évocateur d'un mélanome de la matrice de l'ongle et confirme la forte suspicion observée en dermoscopie de la tablette.

# Le diagnostic dermoscopique des mélanonychies longitudinales

**L. THOMAS**

Service de Dermatologie,  
Centre hospitalier Lyon Sud,  
Université Lyon 1,  
Centre de recherche sur le cancer de LYON.

La dermoscopie reflète l'anatomie, les propriétés optiques de la peau et des chromophores qui y sont inclus. C'est ainsi, par exemple, que la jonction dermo-épidermique festonnée de la peau commune explique la réticulation observée dans beaucoup de lésions pigmentées dont la pigmentation est jonctionnelle (cf. fiches de dermoscopie n° 2, 3 et 8).

Avec cette fiche sur les pigmentations unguéales se poursuit donc le chapitre des "localisations spéciales" en dermoscopie qui concerne des zones anatomiques où les structures cutanées s'agencent différemment, ce qui se traduit, en dermoscopie, par des propriétés optiques et donc des éléments sémiologiques différents. Ces zones sont : la peau acrale (cf. fiche de dermoscopie n° 9), le visage (cf. fiche dermoscopie n° 10), le cuir chevelu, les muqueuses, les cicatrices et, bien sûr, ici, les ongles.

## Anatomie

L'appareil unguéal se compose de :

- **sa matrice**, structure épithéliale générant la tablette unguéale, dont la partie proximale est située sous le repli proximal et la partie distale sous la tablette où elle dessine la lunule de l'ongle. Les mélanonychies longitudinales (bandes pigmentées longitudinales) de la tablette de l'ongle sont toutes formées par une zone d'hyperpigmentation de la matrice qui, par intégration du pigment dans la

tablette au fur et à mesure de sa croissance, aboutit à la formation d'une pigmentation en bande, sur toute sa longueur, en aval. Ainsi, dans ces cas, lorsqu'on décolle la tablette, on observe une zone pigmentée le plus souvent quadrangulaire, située sur la matrice, alors que le lit unguéal, en regard de la bande unguéale qui était visible avant avulsion, n'est pas (ou très peu) pigmenté (fig. 3) ;

- **sa tablette** fabriquée essentiellement par la matrice distale (partie ventrale de la tablette) et proximale (partie dorsale de la tablette). Il s'agit d'une structure cornifiée dure. Elle est translucide, aussi les processus sous-jacents seront visibles en transparence sous forme d'une tache reproduisant leur couleur et leur forme géométrique en particulier s'ils siègent dans la région du lit. Elle est en croissance constante, ainsi les processus affectant sa matrice vont imprimer une trace longitudinale sur toute sa longueur : c'est en particulier le cas des pigmentations matricielles qui vont produire le syndrome de mélanonychie longitudinale ;

- **son repli proximal**, qui se termine en distalité par **la cuticule**. Ces structures sont assez fines et donc translucides, ce qui permet parfois la visibilité du pigment situé sur la tablette matricielle et constitue le faux signe de Hutchinson. En revanche, leur pigmentation vraie traduit un débord du processus pigmenté sur le repli et/ou la cuticule, ce qui est habituellement suspect de mélanome et constitue le signe de Hutchinson proximal ;
- **son lit** qui n'est pas (ou très peu) onychogène, sur lequel glisse la tablette unguéale pendant sa croissance et qui n'est atteint par le processus pigmenté que tardivement au cours de l'évolution du mélanome. Il n'est quasiment jamais atteint par les processus pigmentés



**Fig. 7.**

bénins générateurs de mélanonychie longitudinale. Les mélanomes primitifs du lit de l'ongle (qui ne produisent donc pas de bande pigmentée longitudinale) sont exceptionnels et souvent discutables (régression de la composante matricielle ? lésion primitivement pulpaire ou hyponychiale atteignant secondairement le lit ?) (fig. 7) ;

- **ses sillons** latéraux dans lesquels glissent les bords latéraux de la tablette ;
- **sa peau périunguéale** (*perionychium*), de type glabre avec dermatoglyphes sur les bords latéraux et distaux de la tablette, et de type pileux sur le repli sus-matriciel. Ainsi, les processus pigmentés de la matrice – qui s'étendent sur la peau périunguéale formant ce que l'on appelle le signe de Hutchinson – auront une sémiologie dermoscopique de type acral (cf. fiche de dermoscopie n° 9) en latéralité et en distalité de la tablette et une sémiologie de type plus classique (même si les aspects rencontrés sur l'extrémité distale du repli proximal sont un peu particuliers) en proximalité.

## Le syndrome de mélanonychie longitudinale

La mélanonychie longitudinale, ou *melanonychia striata longitudinalis*, est

## Fiche pratique

un syndrome de causes multiples, toutes situées dans la matrice de l'ongle, dont l'observation directe (et la biopsie) rendrait nécessaire une exposition chirurgicale de la matrice après avulsion de la tablette. Les manifestations observées tant cliniquement que dermoscopiquement sur la tablette de l'ongle ne sont donc qu'un reflet indirect de la disposition du pigment dans la matrice. Les étiologies possibles de la mélanonychie longitudinale sont (**fig. 8**) :

- le mélanome ;
- le nævus pigmentaire ;
- le lentigo unguéal (s'intégrant ou non dans une lentiginose comme, par exemple, le syndrome de Laugier-Hunziker-Baran ou de Peutz-Jeghers-Touraine) ;
- la pigmentation ethnique ;
- les pigmentations fonctionnelles (par traumatismes répétés) ;
- les pigmentations médicamenteuses ;
- les ecchymoses sous-unguéales ;
- certains carcinomes spinocellulaires/maladie de Bowen ;
- certains onychomatricomes ;
- les (très rares) onychomycoses pigmentogènes ;
- l'exceptionnel onychopapillome pigmenté.

Il est habituel de considérer comme **cliniquement peu suspects** les mélanonychies présentes depuis l'enfance, stables, monochromes, polydactyles, sans pigmentation périunguéal et/ou survenant dans un cadre étiologique rassurant (prise de médicaments pigmentogènes, micro-traumatismes répétés avérés de l'ongle atteint, pigmentation dans un contexte ethnique ou avec des signes extra-unguéaux de lentiginose).

À l'inverse, on envisagera systématiquement une étiologique **maligne** si l'on observe une lésion acquise à l'âge adulte et/ou monodactyle et/ou évolutive et/ou polychrome et/ou accompagnée d'une érosion de la tablette. En outre, la présence d'une pigmentation vraie périunguéal, ou **signe de Hutchinson**, est un signe en faveur d'un



Fig. 8.

mélanome même si des étiologies non mélanomateuses existent.

Il n'est pas souhaitable ni réaliste de contrôler histologiquement toutes les mélanonychies longitudinales car la chirurgie d'exploration matricielle peut être douloureuse et laisser des séquelles unguéales définitives. L'intérêt de l'approche dermoscopique est donc de mieux sélectionner les cas de suspicion de malignité pour lesquels cette intervention est justifiée.

### ■ Technique dermoscopique

Il est important de noter que les modalités d'examen modifient de manière importante les éléments sémiologiques observés, en particulier sur les ongles. La dermoscopie unguéal n'est performante qu'en contact + immersion même si on dispose d'un dermoscope à lumière polarisée. Toutefois, les fluides de contacts optiques classiques (eau, huile, savon...) ne sont pas adaptés à la surface lisse et convexe de la tablette de l'ongle, il faut systématiquement utiliser

un liquide épais type gel d'échographie (non coloré) ou gel hydroalcoolique suffisamment visqueux (Purel) pour pouvoir examiner la totalité de la surface de la tablette et de la peau périunguéal.

Là aussi, la prise de photographies de qualité, notamment pour leur usage en télémédecine, ne peut se faire qu'en combinant contact + immersion dans un gel ± polarisation.

L'examen comprendra **un examen dermoscopique de la tablette unguéal et des structures périunguéales** mais aussi **un examen dermoscopique du bord libre de l'ongle**, si possible après une coupe franche et récente de l'extrémité de la tablette. En effet, l'examen dermoscopique du bord libre va permettre de :

- **Déterminer la localisation en hauteur du pigment sur la tranche unguéal**, ce qui permet de prévoir la localisation de l'origine de la pigmentation dans la matrice :

- une pigmentation située dans les couches superficielles de la tablette indiquera une origine matricielle proximale ;

– une pigmentation située dans les couches profondes de la tablette indiquera une origine matricielle distale.

● **Visualiser l'épaisseur de la tablette** en regard de la pigmentation qui peut être inchangée (pas de valeur sémiologique), épaissie avec parfois des ponctuations en “dé à coudre” dans l'onychomatricome, ou amincie voire fracturée dans le carcinome spinocellulaire.

● **Rechercher une éventuelle hyperkératose sous-unguéale** en regard de la bande pigmentée qui sera en faveur d'un processus épithélial de la matrice : carcinome spinocellulaire/Bowen ou très exceptionnelle forme pigmentée de l'onychopapillome.

>>> **La dermoscopie numérique** est parfois proposée dans les mélanonychies longitudinales douteuses dans le but, comme ailleurs, de ne pas méconnaître un mélanome (*featureless*) à un stade précoce mais aussi parfois pour éviter un “faux négatif” histologique lors de la biopsie trop précoce d'un mélanome unguéal lequel, étant de type lentigineux, se caractérise par une masse tumorale très faible et donc une sémiologie anatomopathologique très subtile difficile à affirmer sur un prélèvement trop précoce de petite taille.

>>> **La dermoscopie peropératoire de la matrice** se fera, bien évidemment, sans contact avec un appareil à lumière polarisée pour éviter la contamination du champ opératoire. La dermoscopie matricielle peropératoire permet de mieux choisir la technique de prélèvement biopsique en fonction du niveau de suspicion peropératoire. On choisira une biopsie excisionnelle en profondeur jusqu'au contact osseux en cas de suspicion de malignité pour faire parvenir au laboratoire d'anatomie pathologique un prélèvement de qualité (au détriment des conséquences cicatricielles). On choisira à l'opposé une biopsie tangentielle (*shave biopsy*) dans les cas de suspicion peropératoire faible pour privilégier la

qualité de la cicatrice et minimiser les séquelles unguéales postopératoires.

Notons toutefois que la dermoscopie peropératoire n'est pas équivalente à un examen histopathologique extemporané et qu'elle ne peut pas être décisionnelle quant à la prise en charge thérapeutique comme le serait la microscopie confocale peropératoire pour l'instant pratiquée uniquement dans certains centres hyperspécialisés.

## Étiologies des mélanonychies longitudinales et leur tableau dermoscopique

### 1. Le mélanome

Diagnostiqué précocement, le mélanome unguéal est d'excellent pronostic et c'est malheureusement son diagnostic tardif qui en a fait la très mauvaise réputation.

J. Hutchinson a décrit en 1886 le “faux panaris mélanique” qui en constitue la forme évoluée de pronostic général (risque métastatique majeur) et fonctionnel (amputation inévitable) très défavorable (**fig. 9**). Toutefois, et c'est peu connu, c'est un auteur français, Boyer, qui a décrit en 1834 le premier cas de mélanome unguéal rapportant également sa phase précoce : la mélanonychie longitudinale.

**La dermoscopie de la tablette** objective un fond brun de la pigmentation surmontée de lignes longitudinales irrégulières dans leur couleur, leur épaisseur et leur espacement (**fig. 10**). Dans des cas tardifs, on peut observer une perte de parallélisme de ces bandes (**fig. 11**). La pigmentation de la tablette peut s'accompagner d'une pigmentation périunguéale évidente, le plus souvent proximale mais parfois aussi latérale et distale. C'est le signe de Hutchinson. En zone proximale, la pigmentation est alors de type multicomposé et asymétrique (**fig. 12**). En zone latérale, elle aura volontiers un patron parallèle des crêtes ou un patron



Fig. 9.

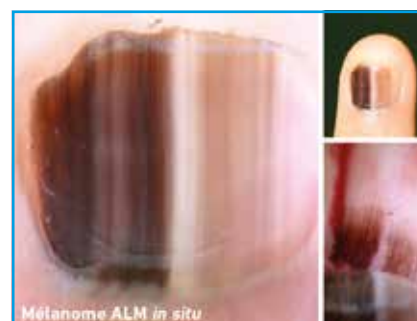


Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.

fibrillaire ancré sur les crêtes (*cf. fiche de dermoscopie n° 9*) (**fig. 13 et 14**). Parfois, la pigmentation périunguéale

## Fiche pratique



Fig. 13.



Fig. 14.



Fig. 15.



Fig. 16.



Fig. 17.

n'est visible qu'en dermoscopie et est à peine perceptible à l'œil nu : c'est le micro-signe de Hutchinson (fig. 15).

**La dermoscopie du bord libre** indiquera la situation proximale ou distale de la pigmentation dans la matrice. Dans certains cas, la position du pigment en haut ou en bas du bord libre peut varier d'un point à un autre de l'extrémité de la bande, indiquant une atteinte variable d'un point à un autre de la matrice (fig. 16).

**La dermoscopie peropératoire de la matrice** montrera un patron irrégulier avec des lignes de longueur et de couleur variables, parfois accompagnées de globules irréguliers par leur taille, leur couleur ou leur disposition (fig. 4, 10 et 17).

### 2. Le nævus pigmentaire de la matrice

Les nævus pigmentaires de la matrice unguéale sont bénins et rien n'indique que leur potentiel de dégénérescence soit différent de celui des autres nævus de la peau. Leur traitement chirurgical "préventif" est donc inutile et seules les lésions pour lesquelles le diagnostic hésite avec un mélanome doivent faire l'objet d'un abord chirurgical. Dans ce cas, l'exérèse de la lésion matricielle doit être totale car la persistance de tissu pigmentaire dans la matrice aboutira à une récurrence de la mélanonychie longitudinale qui deviendra, du fait de la cicatrice matricielle, cliniquement et dermoscopiquement très irrégulière et donc impossible à surveiller sereinement par la suite.

**La dermoscopie de la tablette** objectivera un fond brun et la présence de lignes longitudinales plutôt régulières dans leur couleur, épaisseur, espacement et parallélisme (**fig. 18**). La couleur globale de la mélanonychie n'a pas d'importance, elle reflète le phototype du patient mais les mélanonychies sombres ne sont pas plus suspectes que les plus claires (**fig. 19**). Il n'y aura pas de signe/microsigne de Hutchinson. Un faux signe de Hutchinson est possible dans les formes plus foncées.

**La dermoscopie du bord libre** montrera une pigmentation horizontale sans



Fig. 18.



Fig. 19.



Fig. 20.

irrégularités le plus souvent, mais pas toujours, dans la partie inférieure de la tranche de section de la tablette indiquant donc une localisation matricielle distale (**fig. 19**).

**La dermoscopie peropératoire de la matrice** objectivera des lignes parallèles régulières dans leur longueur, leur couleur et leur épaisseur, et parfois des globules bruns, également réguliers dans leur couleur, taille et répartition géométrique (**fig. 20**).

### 3. Cas particulier du nævus congénital de l'appareil unguéal

Les nævus congénitaux (ou les nævus de type congénital, car ils ne sont pas tous présents depuis la naissance) de l'appareil unguéal peuvent, à la différence des nævus acquis, être cliniquement et dermoscopiquement très irréguliers et s'accompagner d'une pigmentation périunguëale parfois impressionnante (**fig. 21**). En outre, ces lésions évoluent au cours du temps, ce qui peut rendre leur surveillance "stressante". De ce fait, un registre international colligeant ces cas a été lancé sous l'égide de l'International Dermoscopy Society et il est possible de référer ces cas pour avis par télémédecine à l'équipe d'experts qui conduit cette étude ([https://dermoscopy-ids.org/wp-content/uploads/nail\\_study.pdf](https://dermoscopy-ids.org/wp-content/uploads/nail_study.pdf)).

### 4. Les ecchymoses sous-unguëales

Les ecchymoses sous-unguëales ne sont pas toutes consécutives à un trauma-



Fig. 21.

tisme violent et leur survenue peut être liée à des traumatismes passés inaperçus, à une activité sportive ou au port de chaussures trop serrées. Elles sont en outre facilitées par la prise d'antiagrégants plaquettaires et d'anticoagulants mais, dans ce cas, il faudra s'assurer que ces médicaments n'ont pas contribué à révéler une lésion tumorale parfois maligne préexistante (**voir aussi fig. 28 plus loin**), qu'il n'existe aucune autre anomalie et que la pigmentation finit par disparaître sans laisser d'anomalie.

**La dermoscopie de la tablette** montrera des taches sanguines de couleur variable en fonction de l'ancienneté et de l'abondance de l'ecchymose (violette ou rouge-brun lorsqu'elles sont récentes, noires lorsqu'elles sont très abondantes, brunes lorsqu'elles sont anciennes). C'est donc la forme géométrique des taches sanguines – avec leur bord proximal arrondi et net, et leur bord distal flou et filamenteux – qui permet de les reconnaître (**fig. 22**).

### 5. Le lentigo et les lentiginoses unguëales

Le lentigo unguéal est lié à une hypermélaninose de la matrice sans réelle hyperplasie mélanocytaire associée. Dans sa forme isolée, il est surtout observé dans les phototypes foncés sur la main dominante et/ou sur les 1<sup>er</sup> et 5<sup>e</sup> orteils. Il n'est donc pas exclu qu'un facteur traumatique puisse intervenir, ce qui rapproche ces cas des mélanonychies fonctionnelles (*cf. infra*).



Fig. 22.



## Fiche pratique



Fig. 23.

Les lentiginoses de divers types – au premier rang desquelles, par sa fréquence, se trouve la maladie de Laugier-Hunziker-Baran – sont accompagnées d’autres symptômes muqueux, cutanés, voire viscéraux (complexe de Carney, maladie de Peutz-Jeghers-Touraine). Dans la majorité des cas, les mélanonychies sont pluridactyles et leur diagnostic est facile (fig. 23). Il est plus difficile au stade de début, surtout dans les formes exclusivement unguéales, et c’est parfois l’apparition des lentignes dans d’autres localisations qui permettent rétrospectivement le diagnostic.

La dermoscopie de la tablette objectivera une pigmentation à fond gris plutôt homogène (fig. 23).

### 6. Les pigmentations fonctionnelles ou traumatiques

Souvent observées chez des patients de phototype foncé sur les ongles les plus traumatisés dans les activités quotidiennes (2 premiers doigts de la main dominante, 1<sup>er</sup> et 5<sup>e</sup> orteils), elles sont difficiles/impossibles à distinguer nosologiquement des lentigos. Dans certains

cas toutefois, un facteur traumatique est évident soit par le chaussage, soit par onychotillomanie. La suppression du facteur traumatique, quand elle est possible (ou acceptée par le patient dans le cas de l’onychotillomanie), permet souvent une régression de la pigmentation.

La dermoscopie de la tablette objectivera une pigmentation à fond gris plutôt homogène mais aussi parfois des micro-hémorragies en flammèches (fig. 24). Un vrai signe de Hutchinson



Fig. 24.

est possible dans ces lésions traumatiques comme sur le cas présenté sur la figure 24.

### 7. Les pigmentations médicamenteuses

Un grand nombre de médicaments peuvent induire des pigmentations unguéales. Les plus fréquemment incriminés sont les APS, l’amiodarone, la minocycline, l’AZT, l’hydroxyurée et la bléomycine mais bien d’autres peuvent être responsables. La pigmentation est habituellement pluridactyle et le diagnostic facile.

La dermoscopie de la tablette objectivera une pigmentation à fond gris plutôt homogène (fig. 25), la seule difficulté étant parfois la présence de plusieurs bandes sur le même ongle donnant un aspect faussement irrégulier.

### 8. Les pigmentations ethniques

Chez les sujets de phototype foncé, chez les sujets asiatiques mais également chez les patients métissés avec ascendants de type méditerranéen, indien, africain ou asiatique dont la peau peut apparaître de type caucasien par ailleurs, on observe volontiers des pigmentations unguéales



Fig. 25.

## Fiche pratique

multiples, de même parfois que des pigmentations maculeuses palmoplantaires (cf. fiche de dermoscopie n° 9). Beaucoup de cas sont faciles du fait de la relative homogénéité des lésions rencontrées sur plusieurs doigts et orteils. Toutefois, on ne doit pas perdre de vue que le mélanome acrolentigineux palmoplantaire ou unguéal est le type de mélanome le plus souvent rencontré dans la population africaine, indienne ou asiatique. Aussi il faudra veiller à ne pas méconnaître, chez ces patients, une mélanonychie plus sombre ou plus atypique qui pourrait correspondre à un mélanome ou à un carcinome spinocellulaire pigmenté.

**La dermoscopie de la tablette** objectivera une pigmentation souvent grise et régulière lorsqu'elle survient chez des sujets à peau relativement claire (métis et méditerranéens) mais souvent brune et parfois irrégulière du fait de la présence de plusieurs bandes sur le même ongle chez les patients de phototype VI (fig. 26 : 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> orteils). Il n'est en outre pas rare chez ces patients que la cuticule et le repli proximal soient pigmentés, créant un signe de Hutchinson trompeur. Dans ces cas difficiles, c'est le signe du "vilain petit canard dermoscopique" qu'il faut rechercher et ne pas hésiter à

biopsier l'ongle qui diffère significativement des autres (fig. 26 : 5<sup>e</sup> orteil), alors qu'un aspect plutôt similaire de l'atteinte de tous les ongles d'un même patient sera considéré comme rassurant même si le patron dermoscopique de chaque ongle est de type irrégulier.

**La dermoscopie peropératoire de la matrice** objectivera une pigmentation brune ou grise plutôt homogène sans micro-lignes longitudinales parallèles (fig. 27).

### 9. Le carcinome spinocellulaire ou maladie de Bowen

Le carcinome spinocellulaire est la tumeur maligne la plus fréquente sur l'appareil unguéal. Il se caractérise par



Fig. 27.

une malignité locale avec risque de destruction osseuse rendant malheureusement l'amputation inévitable, mais aussi par une malignité générale avec risque de métastases régionales et viscérales. Dans la plupart des cas, il se caractérise dans sa forme précoce par un syndrome tumoral sous-unguéal non pigmenté en bande irrégulière leuco-xanthonychique avec hyperkératose sous-unguéale et fracture triangulaire distale de la tablette mais des formes pigmentées à type de mélanonychie longitudinale existent (fig. 8 et 26) et ceci pas seulement chez les sujets de phototype foncé.

**La dermoscopie de la tablette** peut objectiver une pigmentation de type hémattique associant des taches sanguines (cf. ci-dessus) et des micro-hémorragies en flammèches (fig. 28). Mais c'est souvent une pigmentation de type mélanique, granuleuse ou longitudinale brun-gris qui est observée soit isolément (fig. 29), soit en association avec des éléments purpuriques (fig. 30 et 31). Les



Fig. 28.



Fig. 26.



Fig. 29.

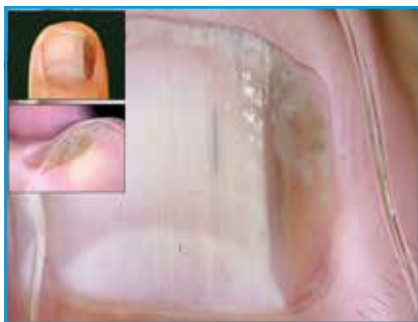


Fig. 30.



Fig. 31.

bandes pigmentées sont volontiers irrégulières dans leur couleur et épaisseur mais leurs bords latéraux sont le plus souvent bien limités et parallèles. On observe souvent, à côté des zones pigmentées, des éléments leuco-xanthonychiques longitudinaux aux contours volontiers plus irréguliers et flous. Des formes colorées en vert par une surcontamination à *Pseudomonas* peuvent être observées.

**La dermoscopie du bord libre** constitue la clé du diagnostic. Elle montre une tablette souvent amincie et surélevée par un processus hyperkératosique exactement en regard de l'anomalie unguéale longitudinale (fig. 28 à 31).

**La dermoscopie peropératoire de la matrice et du lit unguéal** n'a pas encore fait l'objet de travaux d'envergure publiés dans le carcinome spinocellulaire mais on peut noter la présence d'un matériel kératosique translucide s'étendant de la matrice à l'hyponychium (fig. 31).

## POINTS FORTS

- **La mélanonychie longitudinale** est un syndrome dont les causes multiples, notamment tumorales, doivent absolument être envisagées, surtout si la condition rencontrée est monodactyle.
- La dermoscopie examine en immersion, dans un liquide translucide épais, la tablette mais aussi le bord libre ; elle permet de mieux discerner les indications opératoires. La dermoscopie peropératoire de la matrice et du lit, au cours de l'exploration chirurgicale de l'ongle après avulsion de la tablette, est réalisée en mode polarisé sans contact.
- En dermoscopie, **le mélanome** présentera un fond brun et des lignes longitudinales irrégulières dans leur couleur, leur épaisseur et leur espacement et parfois un micro-signe de Hutchinson alors que le nævus présentera des lignes pigmentées longitudinales régulières.
- **Les mélanonychies fonctionnelles/traumatiques, médicamenteuses, lentigineuses et la plupart des mélanonychies ethniques** sont plutôt grises et régulières. Elles sont également volontiers pluridactyles.
- **Les nævus congénitaux/de type congénital de l'ongle et certaines mélanonychies ethniques** sont d'interprétation clinique très difficile et le recours à la télé-expertise pour les premiers et à la biopsie pour les seconds peut s'imposer.
- Les tumeurs épithéliales de l'ongle (**carcinome spinocellulaire, onychomatricome, onychopapillome**) peuvent être pigmentées. Leur diagnostic repose aussi sur l'examen dermoscopique du bord libre.
- **Les "onychomycoses à dermatophytes"** sont très rarement primitives et exceptionnellement monodactyles, et ne peuvent constituer, pour un clinicien responsable, une première hypothèse probabiliste retenue sans examens complémentaires et sans vérification de l'efficacité du traitement devant un "ongle moche" !

### 10. L'onychomatricome

L'onychomatricome est une tumeur épithélio-conjonctive de la matrice de l'ongle habituellement blanchâtre ou jaunâtre. Celle-ci provoque une déformation hyperconvexe acquise de la tablette et s'épaissit progressivement, entraînant une gêne fonctionnelle croissante. Des formes pigmentées existent aussi : elles partagent avec les formes habituelles des limites latérales nettes et très parallèles.

**La dermoscopie de la tablette** objectivera une leuco-xanthonychie longitudinale surchargée de pigment grisâtre en bande

longitudinale très abruptement délimitée de part et d'autre (fig. 32 et 33). On peut parfois apercevoir en proximalité les digitations de la tumeur avec leur axe vasculaire à travers la tablette.

**La dermoscopie du bord libre** apporte souvent la clé du diagnostic avec une tablette épaissie (et souvent hypercourbée) en regard de la bande avec de caractéristiques ponctuations en "dé à coudre" (fig. 32 et 33).

**La dermoscopie peropératoire de la matrice** montrera la tumeur posée au-dessus de la matrice intacte, avec ses

## Fiche pratique



Fig. 32.

digitations caractéristiques et les cryptes hyperboliques creusées dans la tablette proximale qui, vidées de leur contenu constitué par les digitations de la tumeur, donnent le “signe de la Sagrada Familia” (ainsi dénommé en hommage aux dermatoscopistes de Barcelone et en raison de leur contour rappelant les formes hyperboliques chères à A. Gaudí).

### 11. Les causes exceptionnelles

Il existe des formes étiologiques rares de mélanonychie longitudinale dont le diagnostic sera histopathologique par élimination des pathologies listées ci-dessus

#### ● *L'onchopapillome pigmenté*

Tumeur bénigne de l'ongle, l'onchopapillome provoque souvent une érythronychie ou une leuco-xanthonychie longitudinale accompagnée d'une hyperkératose sous-unguéale, parfois spectaculaire, en regard. Son principal diagnostic différentiel est le carcinome spinocellulaire dont il ne se distingue que par des bords plus rectilignes et une largeur transversale moindre. Il peut s'accompagner d'une fracture distale de la matrice. Une forme variante d'histopathologie légèrement différente est pigmentée.

La dermoscopie de la tablette objectivera une leuco-xanthonychie étroite



Fig. 33.

à bords parallèles avec une surcharge pigmentaire granuleuse grise avec une onycholyse, voire une fracture triangulaire distale. La dermoscopie du bord libre objectivera une tablette amincie et une étroite baguette hyperkératosique sous-unguéale de taille variable. La dermoscopie peropératoire de la matrice et du lit objectivera une prolifération filiforme translucide avec des vaisseaux

longitudinaux s'allongeant depuis la matrice (le plus souvent distale) jusqu'à l'hyponychium (fig. 34).

#### ● *Les “onychomycoses” pigmentogènes*

“L'onychomycose” à dermatophytes est malheureusement le seul diagnostic onychologique que retiennent les étudiants en médecine, peut-être du fait



Fig. 34.

de l'insistance de certains messages ou messagers publicitaires. Il s'agit pourtant tout à fait exceptionnellement d'une maladie primitive de l'appareil unguéal et la majorité des infestations dermatophytiques des ongles ne sont que la surcontamination d'une onychopathie préexistante, le plus souvent traumatique. Ainsi, la majorité des examens cliniques (mais aussi malheureusement des examens mycologiques, qu'il s'agisse d'examens directs, de cultures sur milieu de Sabouraud ou d'examens histopathologiques avec colorations de PAS) vont conduire à des diagnostics rapides et simplificateurs "d'onychomycose" et à des traitements souvent longs, coûteux et décevants alors qu'une analyse de la statique du pied, des habitudes de chaus-

sage ou sportives ou encore la recherche d'une onychopathie psoriasique ou de quelque autre étiologie auraient pu permettre de mieux cerner et expliquer le problème au patient et parfois même de le traiter efficacement.

Cela est encore plus navrant lorsque la condition rencontrée est monodactyle (*a fortiori* sur un doigt où la surcontamination mycosique est beaucoup plus rare que sur les orteils), ce qui conduit très souvent à retarder le diagnostic d'une affection tumorale parfois maligne.

Soulignons ici (en espérant être enfin entendu malgré le "chant des sirènes" publicitaires dont les objectifs ne sont probablement pas tous louables) que le

diagnostic d'onychomycose primitive monodactyle, pigmentogène ou non, est un très rare diagnostic histopathologique d'élimination et en aucun cas une première hypothèse présomptive faite sans examens complémentaires devant un ongle "moche". Soulignons aussi que l'évolution complètement régressive après traitement doit absolument être constatée médicalement avant de retenir définitivement ce diagnostic.

---

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