

L'ongle pathologique à l'exception des onychomycoses

Robert Baran^{a,*}

RÉSUMÉ

Le psoriasis unguéal

Le psoriasis, maladie relativement répandue, de l'enfance à l'âge mûr, nous a paru digne d'illustrer notre propos, car la symptomatologie, même tronquée, de l'unité unguéale, permet de mieux comprendre son origine anatomique et de mieux traiter nos patients atteints de manifestations sur cette annexe, forte de quatre grandes structures épithéliales, de la phalange osseuse distale et d'enthèses.

Psoriasis – ongles – enthèses – score de gravité – traitements locaux – traitements généraux.

Le lichen plan unguéal

De toute évidence, il existe une susceptibilité génétique dans cette maladie à l'étiologie inconnue. Des modifications immunologiques fournissent également une hypothèse fort probable. Les signes cliniques dépendent de la localisation des phénomènes pathologiques.

Sans traitement, le pronostic est mauvais sauf dans la forme trachyonychique qui peut se manifester sur les 20 ongles.

Lichen plan unguéal – trachyonychie – ptérygion – onychorrhexis – traitement.

La pelade des ongles

La notion d'éléments psychiques intervenant au cours de la pelade est très ancienne. Le rôle d'une épine irritative – granulome apical dentaire en particulier – est très diversement apprécié. Des anomalies endocriniennes sont considérées comme des causes possibles. L'association fréquente au vitiligo donne un support à la théorie auto-immune. Enfin des succès thérapeutiques obtenus avec le dinitrochlorobenzène (DNCB) ou les corticoïdes systémiques sur des pelades décalvantes totales jettent un éclairage nouveau et prometteur sur la pathogénie de l'affection.

Pelade unguéale – lunule rouge – trachyonychie – dépressions ponctuées.

1. Le psoriasis unguéal

Nous avons pensé que le lecteur ne tirerait pas grand profit d'une énumération brièvement commentée des onychopathies non mycosiques. Nous avons donc préféré lui offrir une explication sur l'origine des signes révélés par l'appareil unguéal à la lumière des travaux les plus récents.

^a Nail Disease Center

42, rue des Serbes
06400 Cannes

* Correspondance

baran.r@club-internet.fr

article reçu le 17 janvier, accepté le 20 février 2011

© 2011 – Elsevier Masson SAS – Tous droits réservés.

SUMMARY

Nail psoriasis

When considering the full impact of nail psoriasis one may find it useful to begin with a discussion of anatomy of the healthy nail. Roughly 50% of patients with psoriasis have nail involvement and, over a lifetime, between 80% and 90% of patients with psoriasis will suffer nail disease. The main clinical findings are explained by the site of involvement of the pathology. The nail being a musculoskeletal appendage the nail psoriasis affects the entheses.

Psoriasis – nail – entheses – severity index – local treatment – biological therapies.

Nail lichen planus

There is some evidence for a genetic susceptibility in the unknown aetiology of lichen planus. Immunological disturbances are another most likely hypothesis. The clinical features of nail lichen planus depend upon the site affected by the pathology.

Without treatment the prognosis is severe except for the trachyonychia variant that may involved the twenty nails.

Nail lichen planus – trachyonychia – pterigium – onychorrhexis – treatment.

Nail alopecia areata

Psychological phenomena in alopecia areata is a very old notion. Dental focal infection is debatable. Endocrine abnormalities can be considered as a possibility. Frequent association with vitiligo gives weight to the autoimmune theory. Finally therapeutic response to DNCB and similar or systemic corticosteroids on universalis alopecia areata throws a new and promising light on the pathogenesis of this condition.

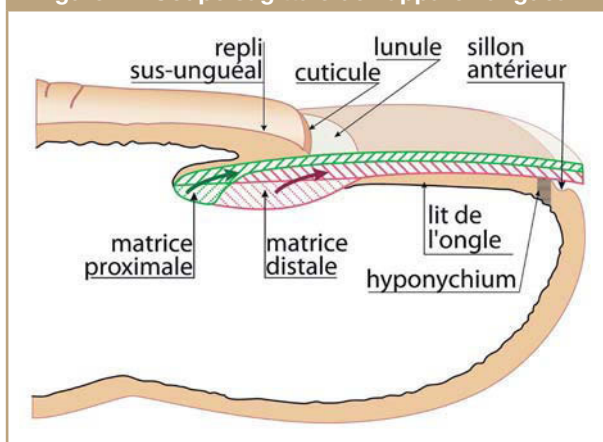
Alopecia areata – red lunula – trachyonychia – pitting.

1.1. Anatomie de l'appareil unguéal

Il est impossible d'écrire sur les spécificités cliniques et thérapeutiques du psoriasis de l'ongle sans partir à la découverte anatomique de l'appareil unguéal.

Il repose directement sur le périoste de la phalange distale. Il comprend quatre structures épithéliales spécialisées : la *matrice*, qui produit l'ongle, le *lit* sur lequel il repose, le *repli sus-unguéal* qui en cache une partie et l'*hyponychium* dont il se détache (*figure 1*).

Figure 1 – Coupe sagittale de l'appareil unguéal.



L'ongle (également dénommé tablette ou lame cornée) est une plaque de kératine faite de plusieurs couches de cellules cornées, dont la production s'effectue de façon continue tout au long de la vie. De forme presque rectangulaire, semi-transparent, il doit sa couleur rose aux vaisseaux capillaires qui parcourent le lit unguéal sous-jacent. Curieusement, l'ongle adhère fortement à son lit, mais de façon réduite à la matrice qui lui donne naissance et sur ses bords latéraux. Après décollement de la tablette dans la région de l'hyponychium, son bord distal, devenu libre, apparaît blanchâtre.

Le **repli sus-unguéal** (proximal ou postérieur) recouvre environ le 1/5^e postérieur de la tablette unguéale à laquelle il adhère fortement. Il se termine par une production cornée, la cuticule qui scelle l'espace virtuel représenté par le cul-de-sac unguéal où s'enfonce la racine de la lame selon un angle aigu, pratiquement parallèle à la surface cutanée. Ce repli sus-unguéal possède une face dorsale anatomiquement identique à la peau du doigt. Les 4/5^e antérieurs de sa face ventrale constituent l'**éponychium** dont la couche cornée participe à la formation de la cuticule, tandis que la matrice proximale tapisse son cinquième postéro-inférieur. La forme générale de la **matrice** rappelle celle d'un croissant, à concavité postéro-inférieure, mais ses cornes latérales s'abaissent davantage aux orteils qu'aux doigts. La maturation et la différenciation des kératinocytes de la matrice aboutissent à la formation de l'ongle. Le tiers supérieur de la tablette unguéale provient de la matrice proximale ; les 2/3 inférieurs sont issus de la matrice distale et des cellules du lit. La lunule, seule partie visible de la matrice, n'est fortement développée qu'aux pouces. Elle apparaît sous forme d'une zone semi-lunaire blanc opaque à convexité distale. Elle détermine à la fois la forme générale et la direction du bord libre de l'ongle.

Le **lit** de l'ongle s'étend de la lunule à l'hyponychium. La kératinisation de l'épithélium s'effectue comme pour la matrice en l'absence de couche granuleuse et produit l'ongle ventral. L'architecture dermo-épidermique du lit montre un arrangement fait de crêtes et de sillons longitudinaux. L'adhérence de l'épithélium du lit à la face profonde de la tablette est telle, qu'il lui reste attaché au cours d'une avulsion.

Il faut ajouter que l'extrémité digitale est une entité très particulière car elle supporte le sens du tact, en particulier

stéréognosique. Ce 5^e sens, le seul qui ne siège pas dans la tête, ne doit pas être confondu avec la sensibilité, une propriété générale de la peau, diffusée au corps entier. Ce sens de la perception de l'extrémité du doigt est fonction de l'analyse conjuguée du coussinet pulpaire, de l'assise phalangienne et du plan fixe de contre-pression que constitue la tablette unguéale.

L'**hyponychium** possède un épithélium identique à celui de la sole dont la kératinisation s'effectue par l'intermédiaire d'une couche granuleuse. La limite distale de l'hyponychium est marquée par un sillon à convexité antérieure. Il forme un espace sous-unguéal où s'accumulent les cellules de la couche cornée. L'oblitération de cette région est réalisée au cours du ptérygion ventral.

Dans les régions proximales et latérales, l'ongle est serti dans les rainures correspondantes, bordées par les replis latéraux, en continuation avec le repli proximal. Ces replis fournissent une voie anatomique continue pour la propagation des processus pathologiques. La profondeur des rainures latérales augmente à mesure qu'elles atteignent la rainure proximale avec laquelle elles se confondent. Le psoriasis n'est plus aussi mystérieux que par le passé. Les études concomitantes de la rhumatologie, des anatomistes, des histologistes, des immunologistes, des généticiens, des radiologistes et des dermatologistes offrent maintenant suffisamment d'éléments pour diagnostiquer et traiter correctement un psoriasis unguéal.

1.2. L'ongle, une annexe ostéo-musculaire

L'ongle fait partie d'une unité fonctionnelle comprenant : la phalange osseuse distale, plusieurs structures de l'articulation interphalangienne distale (IPD), des fibres du tendon extenseur et les ligaments latéraux. Le tout, formant l'organe enthésique.

1.2.1. Enthèses

On appelle enthèses les points d'insertion osseuse des ligaments, des tendons ou des capsules articulaires [1].

Elles se composent à la fois :

- de tissus mous (ligaments, tendon et leurs fibrocartilages) ;
- de tissus durs (de fibrocartilage calcifié, de l'os immédiatement adjacent, du réseau trabéculaire sous-jacent).

1.2.2. Micro-anatomie

Des images histologiques confirment le lien entre les différentes structures.

Le **tendon extenseur**, en particulier, poursuit son insertion osseuse en enveloppant la racine de l'ongle. Les **ligaments latéraux** forment un réseau d'intégration contribuant à l'arrimage des bords latéraux de la tablette unguéale.

Ce continuum virtuel de structures du tissu conjonctif se confond avec le périoste épaissi de la phalange distale et avec les nombreux ligaments cutanés qui arrivent la graisse pulpaire à la peau [1].

1.2.3. L'arthrite psoriasique

L'arthrite inflammatoire séronégative du psoriasis montre une prédilection pour les articulations IPD des mains. La prévalence de l'APs varie de façon importante 6 à 39 %. La fréquence de la maladie unguéale s'observe chez

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7656394>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7656394>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)