

Diagnostic différentiel des onychomycoses

Differential diagnosis of onychomycosis

B. Richert, M.-L. Cappelletti et J. André

Département Interhospitalier de Dermatologie des C.H.U. Brugmann, C.H.U. Saint-Pierre et H.U.D.E.R.F.

RESUME

Les onychomycoses sont responsables de près de 50 % de la pathologie unguéale. Cependant, l'ongle a un réservoir limité d'expression et de nombreuses affections peuvent mimer une onychomycose. Il est important de connaître le diagnostic différentiel de cette affection afin d'éviter au patient des traitements inutiles voire toxiques. Face à des altérations unguéales limitées à un ou quelques ongles, il est logique de songer à une onychomycose mais il faut garder à l'esprit les traumatismes chroniques aux orteils, le psoriasis et la paronychie chronique aux doigts. L'atteinte d'un grand nombre d'ongles, a fortiori les vingt, ne doit pas suggérer en premier lieu une origine fongique mais doit plutôt évoquer une dermatose inflammatoire ou une maladie systémique.

Il est impératif, dans tous les cas, de pratiquer un prélèvement unguéal pour examens mycologiques avant de prescrire un traitement systémique.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 219-23

ABSTRACT

Almost 50 % of nail pathology is caused by onychomycosis. However, the nail has a limited reservoir of clinical expressions and many conditions may mimic onychomycosis. Its differential diagnosis should be known in order to avoid useless or even toxic treatments. When confronted with unguinal alterations restricted to one or some nails, it is fair to evoke onychomycosis but one should keep in mind repeated traumata to the toenails, psoriasis and chronic paronychia on the fingernails. Involvement of a large number of nails, especially all twenty nails, should not first suggest a fungal infection but rather an inflammatory or systemic condition. It is mandatory to always sample the nail for mycological examination before prescribing any systemic treatment.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 219-23

Key words : onychomycosis, differential diagnosis, psoriasis, trauma

INTRODUCTION

L'onychomycose est l'affection unguéale la plus fréquente. Les onychomycoses atteignent 2 à 3 % de la population, jusqu'à 15 % chez les malades plus âgés. Elles sont responsables de 18 à 50 % de la pathologie unguéale^{1,2}. Cependant, l'ongle a un réservoir limité d'expression et de nombreuses affections, en particulier les microtraumatismes répétés et le psoriasis peuvent mimer une onychomycose. Afin d'éviter au patient des traitements inutiles, longs, non dépourvus d'effets secondaires et coûteux pour la société, il est important de connaître le diagnostic différentiel des différentes formes d'onychomycose et, dans tous les cas, de pratiquer un prélèvement unguéal pour examens mycologiques, avant de prescrire un traitement systémique. Or, dans une étude française récente, il apparaît qu'en cas de suspicion d'onychomycose, seuls

3 % des patients bénéficient d'un prélèvement mycologique en médecine générale³.

AGENTS PATHOGENES ET FORMES CLINIQUES DES ONYCHOMYCOSES

Trois groupes de pathogènes sont responsables des onychomycoses : les dermatophytes, les levures et les moisissures. Les dermatophytes sont de loin les agents les plus fréquents puisqu'ils sont impliqués dans plus de 80 % des cas, contre seulement 5 à 17 % pour les levures et moins de 5 % pour les moisissures.

Les ongles des pieds sont 7 fois plus souvent atteints que ceux des mains⁴. Cinq grands types d'onychomycoses sont distingués, en fonction du mode de pénétration du champignon dans la lame unguéale⁵ :

- L'onychomycose sous-unguéale disto-latérale

(OSDL), la plus fréquente, dans laquelle l'infection débute sous le bord libre disto-latéral et s'étend proximale. Elle s'accompagne d'une hyperkératose sous-unguéale, d'un épaissement de la tablette, d'une onycholyse (décollement de la tablette de son lit) et/ou d'une coloration jaune brunâtre.

- L'onychomycose sous-unguéale proximale (OSP) débute sous le repli proximal et se propage distalement en profondeur dans la tablette. Cette infection se traduit par une leuconychie (coloration blanche de l'ongle) proximale. Elle peut être accompagnée d'une paronychie (inflammation du repli proximal).
- L'onychomycose blanche superficielle (OS) où le champignon s'attaque directement aux couches superficielles de la tablette et qui se manifeste par des plages blanchâtres crayeuses disparaissant au grattage à la curette.
- L'onychomycose endonyx (EO), plus récemment décrite, se caractérise par une invasion fongique à la fois des parties superficielles et profondes de la tablette entraînant un dédoublement lamellaire, des plages laiteuses, des dépressions ponctuées, sans onycholyse ou hyperkératose sous unguéale⁶.
- L'onychomycose totale dystrophique (OTD) est l'aboutissement ultime d'une des variétés précédentes. L'ongle est hyperkératosique, déformé, friable. Cette fragilité peut conduire à la disparition complète de l'ongle mettant le lit à nu.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES ONYCHOMYCOSES

L'atteinte d'un grand nombre d'ongles, *a fortiori* les vingt, ne doit pas suggérer en premier lieu une origine fongique mais doit plutôt évoquer une dermatose inflammatoire (psoriasis, lichen plan, pelade) ou une maladie systémique (syndrome des ongles jaunes, amyloïdose systémique primitive, etc.) (figure 1). Il est pertinent de songer à une onychomycose face à des altérations unguéales limitées à un ou quelques ongles. Cependant, les diagnostics différentiels qu'il faut toujours garder à



Figure 1 : Syndrome des ongles jaunes.

l'esprit sont les traumatismes chroniques et le psoriasis, car il s'agit d'onychopathies fréquentes qui viennent en tête des erreurs diagnostiques. Seront également envisagées les granulations de kératine sur vernis à ongles et les paronychies chroniques qui miment respectivement une onychomycose leuconychique superficielle et une onychomycose à levures ou à moisissures. Enfin, deux tumeurs sous-unguéales fréquentes ne doivent pas être oubliées : l'exostose et la maladie de Bowen (carcinome épidermoïde *in situ*). Les causes plus rares ne seront pas détaillées. Elles apparaissent cependant dans les tableaux de synthèse citant les diagnostics différentiels en fonction de la présentation clinique⁷.

Traumatismes chroniques

Les traumatismes chroniques sont particulièrement fréquents et peuvent toucher les ongles de pieds ou de mains. Aux pieds, c'est essentiellement le chaussage et les déformations orthopédiques de l'avant-pied qui en sont l'origine. Aux mains, les traumatismes auto-induits prédominent.

L'appareil unguéal des orteils est particulièrement soumis aux contacts contre la chaussure, surtout lors de la marche⁸. Les onychodystrophies qui en résultent, touchent préférentiellement le sujet âgé et résultent des conflits orteils-chaussures toute une vie durant⁹. Leur apparition est parfois plus précoce en cas de chaussage inadapté¹⁰ ou d'une malformation orthopédique de l'avant-pied. Il est difficile pour le praticien d'imaginer le cortège de lésions secondaires à ces sollicitations permanentes d'autant plus que la littérature médicale n'accorde pratiquement aucune place à ce type de problèmes ; ils ne sont abordés que dans les ouvrages de médecine physique et de podologie. Elles sont le plus souvent responsables d'onycholyse, d'hyperkératose sous-unguéale ou d'épaississement de la tablette et miment une OSDL.

- *L'onycholyse* est le plus souvent secondaire à un chevauchement d'orteil¹¹ et accompagne volontiers un pied « grec » (second rayon plus long que le premier) (figure 2) ou est précipitée par l'hallux valgus qui force le chevauchement du second sur le premier. La friction du toit de la chaussure peut également entraîner un décollement localisé de l'ongle¹² ; ce phénomène s'observe essentiellement dans le cas d'une chaussure dont la hauteur est insuffisante à son extrémité (ce qui est le cas des chaussures féminines), la friction s'exerçant alors sur l'orteil le plus épais à savoir le gros orteil.
- *L'hyperkératose sous-unguéale et l'épaississement de la tablette* sont fréquemment associés à un redressement de la phalange distale (*hallux erectus* et/ou *rigidus*) qui favorise la friction de l'extrémité distale de la tablette contre le toit de la chaussure. L'importance de cette hyperkératose de localisation médio-distale est fonction de l'intensité de l'*erectus*, des habitudes de chaussage et de déambulation. Dans tous les cas d'orteils en griffe, l'ongle effectue une flexion plantaire d'une amplitude plus ou moins importante, qui favorise l'apparition d'une



Figure 2 : Onycholyse du versant externe du gros orteil par chevauchement du second orteil plus long que le premier (pied grec).

hyperkératose de friction : la tablette est épaissie ou soulevée et s'accompagne d'un durillon-cor à l'extrémité digitale. L'ongle en pince réalise une hyperkératose sous-unguéale distale secondaire au soulèvement de la tablette (figure 3). Il s'accompagne d'une coloration jaunâtre, voire de lignes longitudinales distales qui évoquent une origine fongique. L'examen clinique découvre un ongle de forme triangulaire qui s'enroule à son extrémité distale, parfois responsable d'une incarnation plus ou moins douloureuse. L'onychogrieffose définit un ongle épaissi et déformé en corne de bélier. Il s'associe à une volumineuse hyperkératose sous-unguéale. Il n'est que la conséquence d'une vascularisation insuffisante et/ou d'une pédicurie négligée.

- Parmi les autres conséquences des traumatismes



Figure 3 : Ongles en pince avec hyperkératose sous-unguéale et leuconychies transversales traumatiques.

chroniques, citons les *leuconychies transversales*¹³ qui sont secondaires à la butée d'un ongle trop long contre la pointe de la chaussure, principalement rencontrées au gros orteil. Elles peuvent être confondues avec une forme rare d'onychomycose appelée onychomycose leuco-nychique transversale. A noter que ces bandes transversales sont plus

marquées en regard de la zone où l'ongle est le plus long, c'est-à-dire là où la butée est la plus intense. L'examen soigneux révèle parfois leur présence sur le second orteil (figure 3), particulièrement exposé aux microtraumatismes dans le pied grec.

Aux mains, la manucure est une source non négligeable d'altérations unguéales, en particulier l'onycholyse " en montagnes russes " et les leuconychies transversales. L'utilisation d'instruments pointus (bâtonnets en buis mais également cure-dents, trombones, etc.) pour " nettoyer " le sillon sous-unguéal distal entraîne progressivement un décollement de la lame unguéale de son lit et sa pérennisation. Le refoulement des cuticules peut entraîner des leuconychies transversales par traumatismes matriciels.

Psoriasis

L'atteinte unguéale est fréquente dans le psoriasis et s'observe chez 10 à 15 % des patients¹⁴. Il est estimé qu'environ 80 à 90 % des patients psoriasiques souffriront d'une atteinte unguéale au cours de leur vie¹⁵. Contrairement à ce qui est observé dans les onychomycoses, les ongles des mains sont préférentiellement touchés. Plusieurs ongles sont généralement atteints mais l'atteinte monodactylique existe.

La présentation clinique peut être très proche de celle d'une OSDL avec hyperkératose sous-unguéale ou onycholyse. Un liseré érythémateux qui souligne l'onycholyse, *a fortiori* en présence de taches saumon (dites également taches d'huile), de dépressions ponctuées ou d'hémorragies filiformes sont des signes hautement suggestifs de psoriasis unguéal (figure 4).



Figure 4 : Psoriasis unguéal avec hyperkératose sous-unguéale soulignée par un liseré érythémateux. Quelques dépressions ponctuées sont également à noter.

Le psoriasis peut également suggérer une OSP sous forme d'une leuconychie proximale ou une ODT (figure 5).



Figure 5 : Psoriasis monodactylique du pouce mimant une onychomycose dystrophique totale.

Il convient de rechercher de manière systématique des antécédents personnels ou familiaux de psoriasis, une arthropathie distale, et surtout des lésions cutanées érythémato-squameuses des coudes, des genoux ou du cuir chevelu. Ne pas oublier que le psoriasis peut se présenter de manière dite inversée (grands plis) et être pris à tort pour un intertrigo mycosique.

Granulations de kératine sur vernis à ongles

Durant les périodes estivales, certaines femmes "retouchent" le vernis écaillé des ongles de leurs orteils de manière régulière tout au long de l'été sans jamais démaquiller complètement la couche initiale. Cette occlusion permanente entraîne des altérations de surface, appelées granulation de kératine, qui sont révélées lors de la disparition du vernis ou son enlèvement. Leur aspect est très similaire à celui d'une leucomycose superficielle : plages blanchâtres friables qui disparaissent au grattage ou au limage. Leur disposition est caractéristique : elles épousent la forme concave du repli proximal (figure 6).



Figure 6 : Granulations de kératine sur vernis.

Paronychie chronique

Le terme de paronychie chronique désigne une inflammation chronique des replis péri-unguéaux, et avant tout du repli proximal, produisant un coussinet semi-circulaire, érythémateux, tendu et douloureux, plus ou moins saillant, autour de la base de l'ongle. La disparition de la cuticule permet la pénétration d'eau, d'allergènes et de microbes dans le cul-de-sac unguéal, responsable d'une inflammation chronique de la matrice. Ceci se traduit par une tablette ciselée de sillons brefs, rapprochés, parallèles, étagés le long d'une bande brunâtre couvrant un des bords latéraux ou les deux. La découverte au frottis de *Candida spp.* ou de bactéries traduit le plus souvent une colonisation secondaire. L'évolution peut être émaillée d'épisodes aigus ou subaigus.

Dans la majorité des cas, la paronychie chronique est la conséquence d'immersions et de séchages répétés des mains, favorisant la rétraction de la cuticule. Certaines professions paient un lourd tribut : femmes de ménage, barmen, pâtisseries, coiffeurs, toiletteurs d'animaux, primeurs, poissonniers, bouchers, etc. Dans ce cas, les lésions prédominent nettement aux trois premiers doigts de la main dominante (figure 7). D'autres étiologies doivent être évoquées : hypersensibilité de contact, paronychie à moisissures (*Fusarium*, *Aspergillus*, *Scopulariopsis brevicaulis*), véritable paronychie candidosique, inhabituelle sauf chez les sujets immunodéprimés ou atteints de candidose cutanéomuqueuse chronique, paronychie iatrogène (indinavir, rétinoïdes, lamivudine, etc.), maladie dermatologique (psoriasis, lichen plan), paronychie par insertion de corps étrangers sous le repli proximal (cheveux, soies, etc.), maladie systémique (syndrome des ongles jaunes, sarcoïdose, etc.) (figure 1), tumeurs (exostose, mélanome, métastases, etc.) et paronychie auto-induite (onychophagie, onychotillomanie, succion du pouce, etc.).



Figure 7 : Paronychie chronique des trois premiers doigts. A noter la disparition des cuticules, l'inflammation des replis proximaux et les altérations des surfaces unguéales

Tumeurs unguéales

Les tumeurs sous-unguérales sont monodactyliques dans l'immense majorité des cas. Elles peuvent soulever la tablette et induire une onycholyse. En particulier, l'exostose du gros orteil dont le diagnostic est facilement posé par la radiographie et la maladie de Bowen, tumeur maligne la plus fréquente de l'appareil unguéal, qui atteint avec prédilection les trois premiers doigts.

CONCLUSION

Cet article démontre que de nombreuses pathologies unguéales peuvent être prises à tort pour une onychomycose. Comme il n'y a aucune urgence à entamer un traitement antifongique systémique, la confirmation du diagnostic par le prélèvement de kératine unguéale est impérative.

La persistance d'une altération unguéale après guérison mycologique (examen direct et culture négatifs) d'une onychomycose démontrée doit suggérer l'existence d'une autre pathologie à l'origine de la dystrophie. En effet, environ 30 % des psoriasis unguéaux sont contaminés par des dermatophytes^{16,17} et un tiers des maladies de Bowen unguéales révèlent une contamination fongique¹⁸.

LES TABLEAUX DE SYNTHÈSE

Tableau 1 : Diagnostic différentiel des OSDL.

Avec hyperkératose sous-unguérale

- Hyperkératose frictionnelle
- Psoriasis
- Maladie de Fiessinger-Leroy
- Gale norvégienne
- Pachyonychie congénitale
- Dermite de contact
- Maladie de Bowen
- Acrokératose paranéoplasique de Bazex et Dupré
- Lichen plan
- Pityriasis rubra pilaire
- Syndrome de Sézary
- Maladie de Darier

Avec onycholyse

- Onycholyse traumatique (friction, manucure intempestive, etc.)
- Psoriasis
- Tumeur sous-unguérale (Maladie de Bowen, exostose)
- Epidermolyse bulleuse

Tableau 2 : Diagnostic différentiel des OSP.

- Psoriasis
- Leuconychie transversale traumatique
- Chimiothérapies
- Intoxication à l'arsenic ou au thallium

Tableau 3 : Diagnostic différentiel des OS.

- Granulations de kératine
- Psoriasis
- Pelade

Tableau 4 : Diagnostic différentiel des OTD.

- Hyperkératose de friction
- Psoriasis
- Onychogribose
- Désaxation congénitale de l'ongle du gros orteil

BIBLIOGRAPHIE

1. André J, Achten G : Onychomycosis. *Int J Dermatol* 1987 ; 26 : 481-90
2. Thomas J, Jacobson GA, Narkowicz CK, Peterson GM, Burnet H, Sharpe C : Toenail onychomycosis : an important global disease burden. *J Clin Pharm Ther* 2010 ; 35 : 497-519
3. Guibal F, Baran R, Duhart E : Epidémiologie et prise en charge des onychopathies a priori d'origine mycosique en médecine générale. *J Mycol Med* 2009 ; 19 : 185-90
4. Haneke E : Fungal infections of the nail. *Semin Dermatol* 1991 ; 10 : 41-53
5. Baran R, Hay RJ, Tosti A, Haneke E : A new classification of onychomycosis. *Br J Dermatol* 1998 ; 139 : 567-71
6. Fletcher CL, Moore MK, Hay RJ : Endonyx onychomycosis due to *Trichophyton soudanense* in two Somalian siblings. *Br J Dermatol* 2001 ; 145 : 687-8
7. Baran R, Hay RJ, Haneke E, Tosti A : Diagnostic différentiel clinique. In : Les mycoses unguéales. Etapes diagnostique et thérapeutique. London, Informa, 2006 : 39-51
8. Dawber RPR : Chronic trauma of the nail apparatus with podiatric considerations. In : Baran R, Dawber RPR, De Bercker DAR, Haneke E, Tosti A, eds. *Nail diseases and their management*. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 2001 : 484-91
9. Helfand AE : Onychial disorders in the older patient. *Clin Podiatr Med Surg* 1993 ; 10 : 59-68
10. Gilchrist AK : Common foot problems in the elderly. *Geriatrics* 1979 ; 34 : 67-70
11. Baran R, Badillet G : Primary onycholysis of the big toenails : a review of 113 cases. *Br J Dermatol* 1982 ; 106 : 529-34
12. Baran R : Onycholysis. *Ann Dermatol Venereol* 1986 ; 113 : 159-70
13. Baran R, Perrin C : Transverse leukonychia of toenails due to repeated microtrauma. *Br J Dermatol* 1995 ; 133 : 267-9
14. Zaias N : Psoriasis of the nail. A clinical-pathologic study. *Arch Dermatol* 1969 ; 99 : 567-79
15. Samman PD : Psoriasis. In : Samman PD, Fenton DA, eds. *The Nails in Disease*. London, William Heinemann, 1986 : 51-65
16. Gupta AK, Lynde CW, Jain HC *et al.* : A higher prevalence of onychomycosis in psoriatics compared with non-psoriatics : a multicentre study. *Br J Dermatol* 1997 ; 136 : 786-9
17. Sánchez-Regaña ML, Videla S, Villoria J *et al.* : Prevalence of fungal involvement in a series of patients with nail psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2008 ; 33 : 194-5
18. Dalle S, Depape L, Phan A, Balme B, Ronger-Savle S, Thomas L : Squamous cell carcinoma of the nail apparatus : clinicopathological study of 35 cases. *Br J Dermatol* 2007 ; 156 : 871-4

Correspondance et tirés à part :

B. RICHERT
C.H.U. Brugmann
Service de Dermatologie
Place A. Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles
E-mail : Bertrand.Richert@chu-brugmann.be

Travail reçu le 5 mai 2011 ; accepté dans sa version définitive le 29 mai 2011.