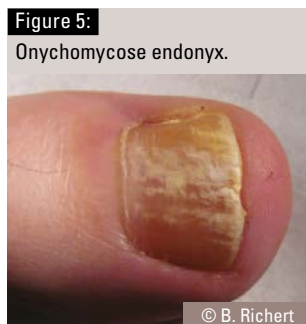
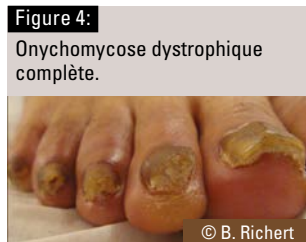


9^e SESSION FRANCOPHONE DU COURS INTER-UNIVERSITAIRE D'ONYCHOLOGIE,
BRUXELLES, AVRIL 2016

Onychomycoses: de la clinique au traitement, en passant par le laboratoire

Compte rendu de Joséphine Ofaïche
(Hôpital Larrey, Toulouse)

Organisateurs: Josette André, Bertrand Richert (Belgique)
Orateur invité: Nathaniel Jellinek (USA)



LA CLINIQUE ET LE TRAITEMENT MÉDICAL

Myrto Trakatelli

Les onychomycoses (OM) sont causées par trois genres de pathogènes: les dermatophytes (dans 80% des cas, principalement *Trichophyton rubrum*), les moisissures non dermatophytes et les levures (*Candida sp.*).

Cliniquement, il existe cinq types d'OM:

1. sous-unguéale disto-latérale (**Figure 1**);
2. leuconychique superficielle (**Figure 2**);
3. sous-unguéale proximale (**Figure 3**);
4. dystrophique complète (**Figure 4**);
5. onychomycose endonyx (**Figure 5**).

Afin de maximiser les chances de guérison, le traitement repose sur un trépied:

1. élimination de la kératine parasitée;
2. antifongiques topiques: vernis à base d'amorolfine 5% ou de ciclopirox;
3. antifongiques systémiques: terbinafine, itraconazole, fluconazole (**Figure 6**).

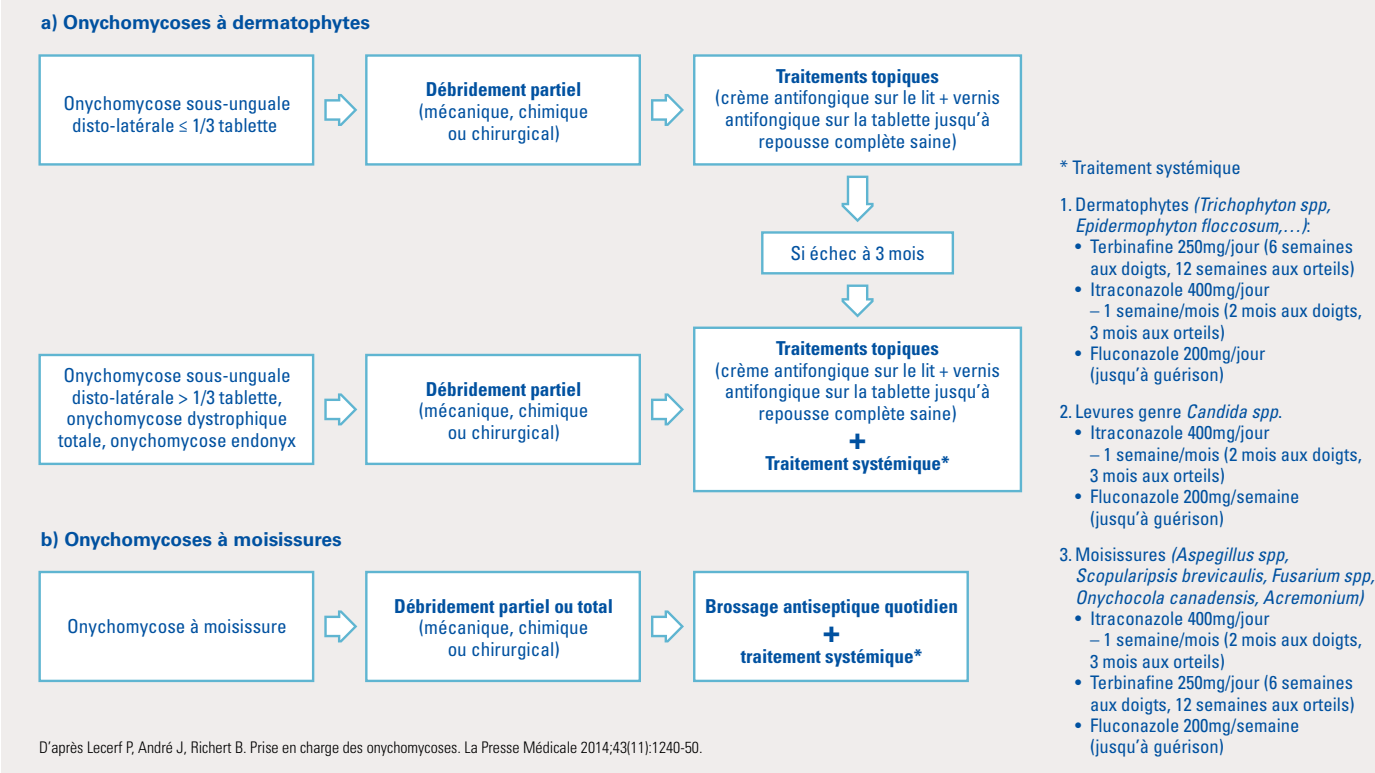
PRÉLÈVEMENTS ET LABORATOIRE

Pauline Lecerf

Devant une suspicion clinique d'onychomycose, un prélèvement mycologique est impératif avant de débuter un traitement long, fastidieux, coûteux et potentiellement toxique.

Figure 6:

Algorithme de prise en charge des onychomycoses.



TECHNIQUE DE PRÉLÈVEMENT

Il convient de s'assurer de l'arrêt des antifongiques locaux au moins 2 mois avant, et des antifongiques systémiques depuis 3 mois. Afin d'éviter les contaminations secondaires (bactéries, moisissures, levures), il est recommandé de bien nettoyer la tablette unguéale à l'alcool 70-100%. Ceci permet d'éliminer les organismes non pathogènes à la surface de la tablette unguéale, et seuls les filaments et/ou spores contenus au sein de la kératine unguéale pourront alors être isolés.

Un prélèvement de qualité doit être réalisé par le médecin lui-même, et envoyé à un laboratoire de mycologie de confiance. Le prélèvement doit être réalisé en quantité suffisante, jusqu'au front mycélien (zone cliniquement saine), pour diminuer le risque de faux négatifs et réduire au maximum la masse fongique.

La technique de prélèvement sera adaptée au type d'onychomycose:

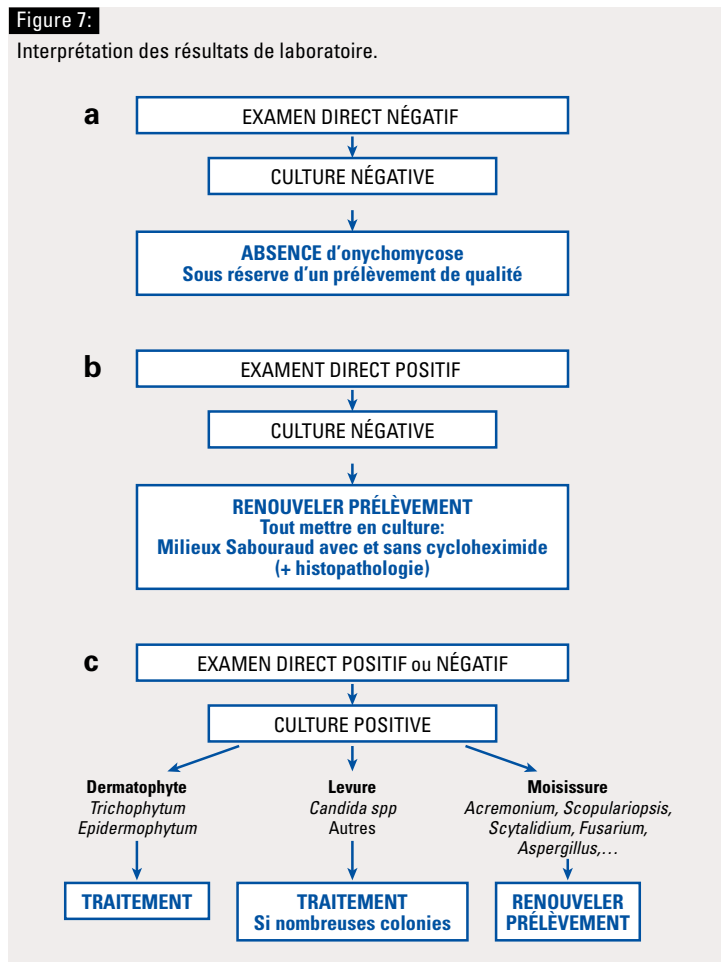
1. OM superficielle: grattage à la lame de bistouri;
2. OM sous-unguéele disto-latérale: découpe large à la pince de Ruskin et curetage de la kératine hyponychiale;
3. OM proximale: biopsie à l'emporte-pièce de la tablette.

EXAMENS MYCOLOGIQUES RÉALISÉS AU LABORATOIRE

1. **Examen direct:** analyse réalisée rapidement en moins de 2 heures dès réception du prélèvement. Cet examen permet la visualisation des filaments et/ou spores (vivants ou morts) mais aucune identification n'est possible. Cet examen comporte 30% de faux négatifs.
2. **Culture:** sur milieu de Sabouraud additionné ou non de cycloheximide. Après 2-4 semaines, des colonies de l'agent pathogène peuvent être visualisées et permettre une identification (basée sur des critères macro et microscopiques). Dans 30% des cas la culture peut être faussement négative.
3. **Histopathologie:** cet examen n'est pas réalisé dans tous les laboratoires de mycologie car la préparation des échantillon est fastidieuse et nécessite des outils spécifiques et onéreux. Cette analyse s'avère très utile car elle révèle la présence de filaments et/ou spores et précise leur localisation. Cela permet également de réaliser le diagnostic différentiel d'une OM (psoriasis, lichen, traumatismes, gale...).

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE LABORATOIRE

(Figure 7)



LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Marie Caucanas

En éradiquant au maximum la charge fongique, l'objectif du traitement chirurgical est de raccourcir la durée du traitement, d'augmenter la réponse clinique et d'éviter les récurrences. Quatre techniques ont été expliquées:

- le débridement à la pince de Ruskin lors du prélèvement à visée diagnostique;
- le meulage de la tablette unguéale à l'aide d'une lime ou d'une ponce;
- l'avulsion chirurgicale (totale ou partielle) sous anesthésie locale;
- l'avulsion chimique (crème contenant 40-50% d'urée mise en place durant 10-20 jours). Seule la tablette contaminée sera ramollie et pourra être aisément découpée.

TECHNIQUES D'ANESTHÉSIE

Bertrand Richert

L'anesthésie de l'appareil unguéal (AU) requiert une seringue Luer Lock afin d'injecter le produit contre une résistance.

La douleur générée par la piqûre peut être diminuée par une prémédication (midazolam, hydroxyzine...), l'application d'une crème anesthésiante, ou encore par l'application d'un dispositif vibrant au site d'injection. Il est important d'utiliser une aiguille fine (30G pour les doigts, 27G aux orteils, 30G pour les enfants). Ceci limite le débit du produit injecté et génère une dilatation progressive des tissus mous. Enfin, si la lidocaïne est utilisée, il est important de la tamponner, car elle est acide, et de l'injecter à température ambiante.

QUEL PRODUIT CHOISIR?

Lidocaïne (avec ou sans adrénaline?)

L'effet vasoconstricteur de l'adrénaline est immédiat, réversible après 60 minutes et son utilisation n'est pas contre-indiquée aux extrémités. Elle permet d'opérer sans garrot, de débiter le geste chirurgical plus rapidement et offre une meilleure analgésie postopératoire (jusqu'à 8 heures). Il ne faut par contre jamais utiliser d'adrénaline en présence de troubles artériels ou vasomoteurs. Cependant, à l'appareil unguéal, l'adrénaline n'a pas un grand intérêt car la plupart des actes chirurgicaux à l'appareil unguéal durent moins de 30 minutes, les saignements sont limités grâce à la mise en place d'un garrot à la base de l'orteil, et l'analgésie postopératoire peut être prolongée par l'ajout de bupivacaine à la fin de la procédure chirurgicale.

Bupivacaine

Les effets vasoconstricteurs commencent plus tardivement, après 30 minutes, et l'analgésie dure plus de 8 heures. La bupivacaine est plutôt utilisée en fin de procédure, en cas de saignement, à la manière d'un bloc digitodistal.

Ropivacaine

Il s'agit d'une molécule plus récente dont l'injection est moins douloureuse que la lidocaïne si la concentration est inférieure à 5mg/ml. Le début de l'analgésie est rapide (en 1-2 minutes), et dure de 7 à 12 heures. La concentration optimale, la plus confortable pour le patient, est de 2mg/ml. A noter que cette molécule est trois fois plus chère que la lidocaïne.

Différentes techniques d'anesthésie de l'appareil unguéal ont été présentées:

1. le bloc proximal en bague: à proscrire;
2. le bloc digitodistal: à préférer pour la chirurgie unguéale;
3. le bloc matriciel: utile pour certains actes;
4. le bloc transthécal: mérite d'être connu.

Il est donc recommandé d'utiliser de la lidocaïne, sans épinéphrine, tamponnée, et à température ambiante. L'injection doit être réalisée avec une seringue Luer Lock et une aiguille fine. Le bloc digitodistal est la technique la plus appropriée. L'adjonction postopératoire de bupivacaine est conseillée afin de bénéficier d'une analgésie postopératoire de 8 heures.

GESTES ÉLÉMENTAIRES EN CHIRURGIE UNGUÉALE

Bertrand Richert

Après avoir présenté les différents instruments nécessaires, l'orateur a détaillé différents actes chirurgicaux de base de l'appareil unguéal:

- avulsion partielle;
- avulsion totale avec ou sans remise en place de la tablette (approche proximale et distale);
- biopsie du lit de l'ongle;
- biopsie-exérèse d'une lésion du lit de l'ongle;
- biopsie latéro-longitudinale;
- biopsie au punch d'une mélanonychie longitudinale < 3mm.

Astuce: afin de couper et suturer facilement au travers de la tablette, un pansement occlusif avec une crème à l'urée 40% peut être appliqué 2-3 jours avant l'acte chirurgical.

PRISE EN CHARGE DE L'ONGLE INCARNÉ

Bertrand Richert

Cinq options thérapeutiques sont présentées.

1. Traitement conservateur

Quand? Formes mineures, petite enfance, pédicurie inadéquate.

Comment? Orthonyxie, résine acrylique +/- gouttière plastique, pansements compressifs, stéroïdes locaux.

2. Rétrécir la tablette définitivement

Chirurgicalement: dissection chirurgicale (efficace).

Physiquement: vaporisation laser CO₂ (efficace, chère).

Chimiquement: phénolisation (facile, bon marché, fiable, supériorité démontrée).

3. Éliminer les tissus mous

Avec sutures: technique de Noël, technique de Howard-Dubois.

Cicatrisation dirigée: technique de Vandebos, technique du Super «U».

4. Aplatir la houpe distale

Technique de Haneke, technique de Fanti & Kosaka.

5. Surrélever les cornes matricielles

Technique de Zook.

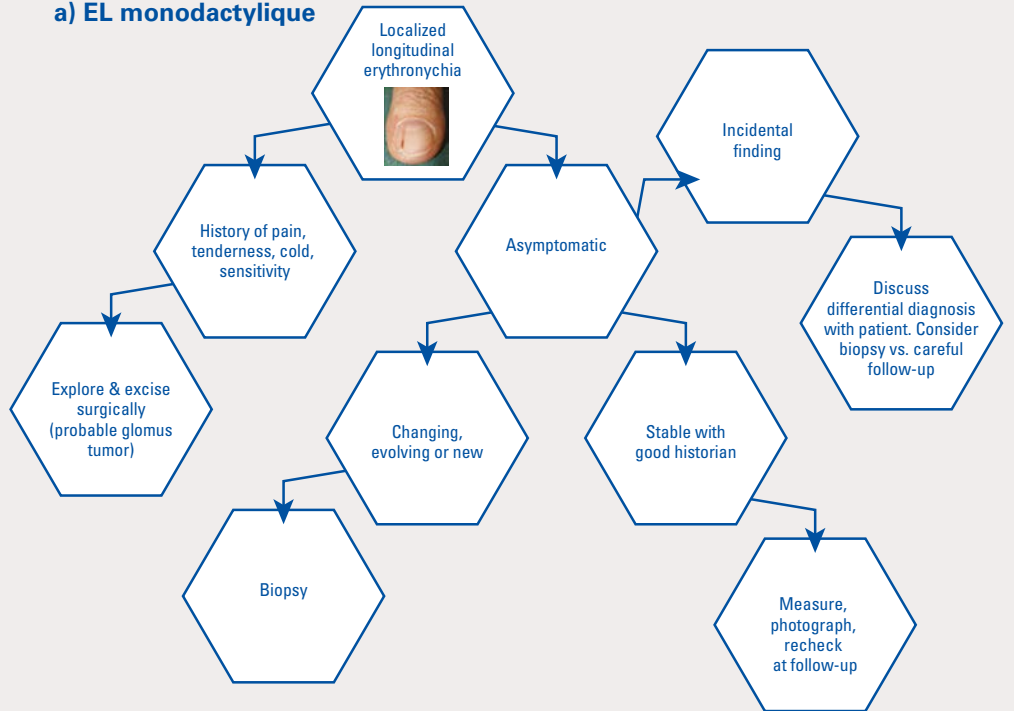
Le traitement sera adapté au type d'ongle incarné. La combinaison des techniques est possible.



Figure 8: Carcinome épidermoïde.

Figure 9: Algorithme de prise en charge des érythronychies longitudinales (EL).

a) EL monodactylique



D'après Jellinek N. Longitudinal erythronychia: Suggestions for evaluation and management. J Am Acad Dermatol 2011;64:167.el-11

b) EL polydactylique

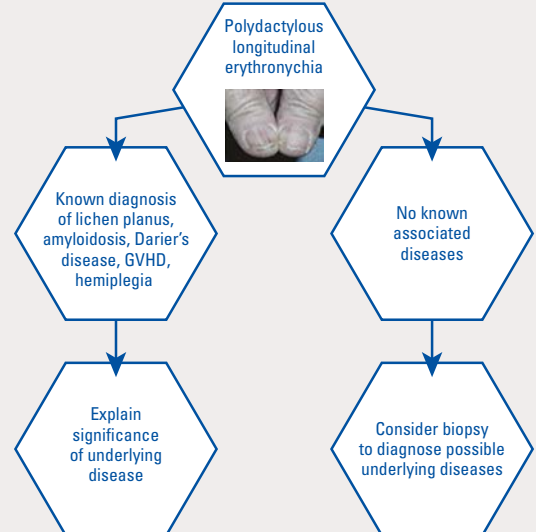


Figure 10: Onychoschizie lamellaire.

ERYTHRONYCHIE LONGITUDINALE (EL)

Nathaniel Jellinek

Deux présentations cliniques sont distinguées: l'EL localisée et les EL polydactyliques.

Dans les formes localisées, les étiologies les plus fréquentes sont les onychopapillomes, les verrues, les cicatrices, les tumeurs glomiques et les carcinomes épidermoïdes (Figure 8). Face à des EL polydactyliques, il faut évoquer en priorité un lichen plan ou une forme idiopathique. D'autres étiologies comme la maladie de Darier sont rares.

Des algorithmes de prise en charge ont été détaillés (Figure 9).



Figure 11:
Lichen plan avec atteinte matricielle.

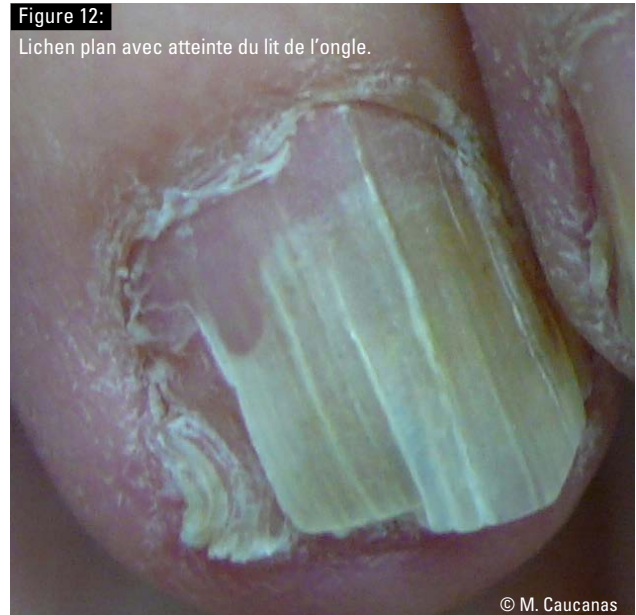


Figure 12:
Lichen plan avec atteinte du lit de l'ongle.

© M. Caucanas

FRAGILITÉ UNGUÉALE

Josette André

La classification est simple:

1. accentuation de la striation longitudinale (onychorrhexis) et fissure distale;
2. lamellisation horizontale (onychoschizie) (Figure 10).

Les étiologies ont été détaillées:

1. fragilité physiologique: vieillissement;
2. dermatoses: eczéma, lichen plan, maladie de Darier, pelade, psoriasis;
3. maladies systémiques: endocriniennes, carences, malabsorption;
4. causes iatrogènes: chimiothérapies, rétinoïdes, thérapies ciblées;
5. facteurs locorégionaux: arthrites, troubles vasculaires, traumatismes, hydratation/dessiccation.

Le traitement sera donné selon l'étiologie si possible. Dans tous les cas, il est conseillé d'éviter les traumatismes, les contacts répétés avec de l'eau (port de gants pour les tâches ménagères...). Un vernis, une supplémentation vitaminique et martiale peuvent être proposés.

LICHEN PLAN UNGUÉAL

Marie Caucanas

Une imprégnation photographique est présentée, détaillant les signes cliniques des différentes atteintes: matricielle (Figure 11), du lit unguéal (Figure 12), de l'enfant et les formes atypiques rares.

CHIRURGIE DE MOHS DE L'APPAREIL UNGUÉAL

Nathaniel Jellinek

L'orateur nous présente la technique chirurgicale de Mohs dans quelques cas de carcinomes épidermoïdes de l'appareil unguéal. Ceci a été richement illustré à l'aide de vidéos.

LES ONGLES ARTIFICIELS

Christel Scheers

Deux procédés ont été décrits:

1. les capsules préformées: totales *press-on*, extension (*tips*)
2. les ongles acryliques: modelés ou sculptés, gels (UV ou cyanoacrylate)

La technique et la composition de chacun ont été détaillées, ainsi que leurs avantages et inconvénients.

COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE DES ONGLES

Nathaniel Jellinek

A travers quelques cas cliniques, l'orateur nous fait part de son expérience en matière de complications de la chirurgie unguéale.

1. Exérèse complète de l'appareil unguéal dans un cas de mélanome: attention à pratiquer l'exérèse en incluant la matrice proximale et les cornes matricielles, pour éviter les spicules et les récurrences.
2. Prophylaxie anti-infectieuse: préopératoire, pendant plusieurs minutes, avec deux agents anti-bactériens; gant stérile mis sur les doigts/mains/pieds du patient; irrigation peropératoire après avulsion de la tablette unguéale; éducation du patient; antibiothérapie discutée.
3. *Mallet Finger*: traitement médical versus traitement chirurgical. ■