

L'IMAGE DU MOIS

Onychopathie mycopsoriasique

C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (1), J.E. ARRESE (2), P. QUATRESOOZ (2), G.E. PIÉRARD (3)



Figure 1 : Trachyonychie et chromonychie

PRÉSENTATION CLINIQUE

Une patiente de 43 ans, souffrant de psoriasis depuis l'adolescence, se plaint d'altérations unguéales au niveau des mains. Le bord distal des ongles est le siège d'un épaissement hyper-kératosique modéré de l'hyponychium. Sous un aspect grésé (trachyonychie) discret, la moitié distale des tablettes unguéales a une teinte brunâtre irrégulière (Fig. 1).

Des ongles ont été coupés court et les rognures ont été soumises à un examen histomycologique (1, 2). L'aspect microscopique a révélé la combinaison de plusieurs anomalies. De petits foyers de parakératose étaient reconnus, ainsi qu'une pigmentation à la fois mélanique et hématiche de la partie profonde de la tablette unguéale. On retrouvait également des filaments mycéliens et des spores qui se sont avérés être une moisissure de type *Aspergillus sydowii* à la culture.

Le diagnostic était donc un ongle psoriasique infiltré par un champignon opportuniste. Cette pathologie combinée est appelée ongle mycopsoriasique.

COMMENTAIRES

Les onychomycoses représentent la pathologie la plus fréquente des ongles (1, 2). Parmi d'autres maladies unguéales, le psoriasis occupe une place importante (3). Le cas rapporté ici correspond à la combinaison de ces deux pathologies. Le psoriasis unguéal représente vraisemblablement la pathologie primitive et l'invasion fongique de l'ongle altéré serait secondaire.

Les atteintes psoriasiques de l'ongle sont protéiformes (3-6). Parmi elles, une pigmentation brunâtre (chromonychie) est souvent reconnue à

la bordure proximale d'un épaissement de l'appareil unguéal. L'aspect en est typique et dû à de petites suffusions hématiche et à une pigmentation mélanique (mélanonychie). Les autres causes d'une pigmentation unguéale (7) sont facilement écartées.

La survenue d'une onychomycose est plus fréquente chez le patient psoriasique que dans la population normale (8). Le meilleur moyen de diagnostic est l'histomycologie (1, 2, 8). Dans le cas présent, il est vraisemblable qu'il s'agit d'une infection opportuniste. La moisissure *Aspergillus sydowii* est en fait un parasite du monde végétal mais qui est retrouvé, de manière exceptionnelle, dans des ongles humains. Certaines espèces d'*Aspergillus* peuvent être la source de mycotoxines (9). Dans le cas rapporté, aucun risque de cette nature n'est encouru par le patient.

Un traitement par antifongique peut être entrepris lors de certaines onychomycoses à moisissures (10). Les succès sont cependant rares. Dans le cas présent, tant que l'onychopathie psoriasique ne sera pas jugulée, il y a peu d'espoir qu'un antifongique soit d'une quelconque utilité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Piérard GE, Arrese JE, Quatresooz P.— Histomycologie de la biodiversité des onychomycoses. In: Onychomycoses. Ed. R. Baran et G.E. Piérard. Publ. Abrégés Masson, Paris 2004, 91-104.
2. Piérard GE, Quatresooz P, Arrese JE.— Spotlight on nail histomycology. *Dermatol Clin*, 2006; **24**, 371-374.
3. Perotti-Abad MJ, Arrese JE, Piérard GE.— Une onychopathie ponctuelle en dé à coudre. *Rev Med Liège*, 2002 **57**, 129-130.
4. Nikkels-Tassoudji N, Piérard-Franchimont C, De Doncker P, Piérard GE.— Optical profilometry of nail dystrophies. *Dermatology*, 1995, **190**, 301-304.
5. Piérard GE, Piérard-Franchimont C.— Dynamics of psoriatic trachyonychia during low-dose cyclosporin A treatment. A pilot study on onychochronobiology using optical profilometry. *Dermatology*, 1996, **192**, 116-119.
6. Piérard GE, Piérard-Franchimont C.— Fractal microrelief of the skin and nail. *Giorn Int Dermatol Ped*, 1996, **8**, 75-79.
7. Goffin V, Al Rustom K, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— L'ongle noir. *Rev Med Liège*, 1996, **51**, 396-398.
8. Piérard-Franchimont C, Arrese JE, Hermanns-Lê T, Piérard GE.— Epidemiology of onychomycosis assessed by histomycology in psoriatic patients. *J Mycol Med*, 2006, **16**, 159-162.
9. Arrese JE, Goffin V, Piérard-Franchimont C, Piérard GE.— Ongles sales et mycotoxines. *Rev Med Liège*, 2001, **56**, 38-40.
10. De Doncker PRG, Scher RK, Baran RL, et al.— Itraconazole therapy is effective for pedal onychomycosis caused by some nondermatophyte molds and in mixed infection with dermatophytes and molds: a multicenter study with 36 patients. *J Am Acad Dermatol*, 1997, **36**, 173-177.

(1) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire, (2) Maître de Conférence, Chef de Clinique, (3) Chargé de Cours, Chef de Service, CHU du Sart Tilman, Service de Dermatopathologie, Liège.