

# UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

\*\*\*\*\*

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

\*\*\*\*\*

ANNEE 2021



N° 340

## LES ONYCHOPATHIES AU SERVICE DE DERMATOLOGIE DU CHNU LE DANTEC

### MEMOIRE

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES EN  
DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE

PRESENTÉ ET SOUTENU PUBLIQUEMENT LE

**29 Janvier 2021**

PAR :

**Docteur Aché NAWO**

Née le 16 mai 1984 à N'Djaména (TCHAD)

### MEMBRES DU JURY

**Présidente** : Mme. Suzanne Oumou NIANG DIOP Professeur Titulaire

**Membres** : M. Moussa DIALLO Professeur Titulaire  
M. Boubacar Ahy DIATTA Professeur Assimilé

**Directeur de mémoire** : M. Moussa DIALLO Professeur Titulaire

## **DEDICACES**

Je dédie ce modeste travail:

***A ALLAH***

***LE TOUT PUISSANT, LE TRES MISERICORDIEUX DE M'AVOIR  
DONNE LA SANTE ET LE COURAGE D'ARRIVER A CE NIVEAU.***

**Une pensée très spéciale aux miens, à ces êtres qui m'étaient si chers et que le destin en a décidé autrement;**

A mon papa, **Feu Allahramadji Hassane LAOUANE**, à qui je dois tout ce travail. Mais hélas ! Allah en a décidé autrement. Reposes-toi en paix PAPA

A ma regrettée grande sœur **Hapsita Hassane LAOUANE**, partie à fleur d'âge. Ta disparition prématurée fut un grand choc pour toute la famille. N'étant pas présente lors de ce malheureux événement je ne réalise toujours pas que tu aies effectué un voyage sans retour. Mais Allah dans sa bonté m'a donnée SAMIRA qui te ressemble tellement et pour ce faire je l'appelle tendrement Maman Hapsi. Qu'Allah t'accepte dans son royaume.

A mon oncle maternel, **Feu Yahya Mahamat SAKER**, pourtant nous avons programmé ensemble de monter un projet à mon retour mais Allah t'a préféré plus que nous. Que le paradis soit ta dernière demeure.

A ma douce maman **Fatimé Mahamat SAKER**, femme sage, respectable et respectée les mots me manquent pour t'exprimer ma gratitude. Merci pour tous les sacrifices que tu as consentis pour ma réussite depuis mon enfance. Malgré ton âge avancé tu continues toujours à t'occuper de mes enfants pendant que je suis sous d'autres cieux. Qu'Allah prolonge ta vie sur terre ya ouummy !

A mon mari, mon cœur **Dr Youssouf Saleh MAHAMAT**, grâce à ton immense amour et surtout ta compréhension, tu as accepté sans condition que je vienne étudier à Dakar alors que notre couple était âgé seulement de 10 mois. Tu as toujours été présent, patient mais surtout tu n'as jamais hésité à mettre à ma disposition tous les moyens nécessaires pour ma formation mais aussi pour rendre agréable mon séjour. Je ne trouve pas assez de mots pour t'exprimer ma

gratitude et ce que je ressens pour toi. Je suis juste chanceuse de t'avoir dans ma vie. Qu'Allah bénisse notre couple. Amine!

A mes adorables bouts de choux **KHADIDJA, SAMIR, SAMIRA et KADRY (ABDELKADRE)**, maman n'a pas décidé de vous abandonner volontairement. Je cherchais tout simplement votre pain car je dois vous garantir un avenir meilleur. Je vous chéris de tout mon cœur, vous me manquez énormément.

A mes sœurs et frères **AMINA, MAHAMAT, MALDAP, KHADIDJA, ABDALLAH, KAOUL et AMINE**, sachez que le lien de sang qui nous unit est plus fort que tout. Merci pour vos innombrables appuis sur tous les plans.

A mes seconds parents **Khadidja Mahamat SAKER** et son époux **Mahamat HISSEINE**, je vous porte grandement dans mon cœur. Je vous aime tellement.

A ma cousine **Gomboya Mahamat IDRISSE**, tu as sacrifié plus d'une année de ton temps pour venir t'occuper de mes jumeaux laissant à la merci tes propres enfants, soit gratifiée.

A ma famille de Dakar, **KHADIDJA, ALI, HISSEINE, IBRAHIM, HAPSITA, RAOUDAH et ses enfants, MAHOI et ses enfants** ce travail est aussi le vôtre.

A mes cousins, cousines et autres membres de la famille je vous dis merci.

A ma belle-famille, particulièrement ma belle-mère **Fanta ADDA**, merci d'avoir inculqué de bonnes valeurs à ton unique enfant.

A mes amies **HAOUA, AMINA, REGINE, SONIA, SARAYE, JESSICA et YVETTE**, je suis si ravie de faire partie de vos connaissances.

A tout le personnel du service de dermatologie de HALD, de l'IHS, Hôpital de l'ordre de MALTE, Hôpital Albert Royer, merci pour cette franche collaboration.

A vous tous que je n'ai pas pu citer ici les noms, recevez à travers ces lignes ma profonde reconnaissance.

Au **Sénégal**, pays de la **Téranga**, une terre où l'étranger se sent comme chez lui. Merci pour toutes les connaissances diverses que j'ai apprises. Je n'ai pas

seulement appris la dermatologie mais j'ai appris à être davantage **MATURE**.  
Dieuredjeuf !

## **REMERCIEMENTS**

A nos maitres,

Professeur **Assane KANE**, Professeur **Mame Thierno DIENG**, Professeur **Suzanne Oumou NIANG**, Professeur **Fatimata LY**, Professeur **Moussa DIALLO**, Professeur **Maodo NDIAYE**, Professeur **Assane DIOP**, Professeur **Boubacar Ahy DIATTA**.

Aux Docteurs, **Saer DIADIE**, **Ndeye Bougoul SECK**, **Aminata DEH**, **Khadim DIOP**, **Anta SOUMARE**, **Mariama NDIAYE**, **Lahla FALL**.

La qualité de votre enseignement n'est plus à démontrer et nous sommes si fiers de faire partie de vos nombreux élèves. En effet, ayant abandonné la formation de DES de pédiatrie au profit de la dermatologie nous ne regrettons pas un seul instant d'avoir opté pour ce choix qui fut d'abord difficile au départ. Veuillez à travers ces lignes trouver l'expression de notre profonde reconnaissance. Puisse Allah bénir chacun de vous et protéger vos familles respectives.

A mes ainés, mes camarades de promotion et mes cadets merci pour les moments passés ensemble.

**A NOS CHERS MAITRES  
ET JUGES**

***A notre Maitre et Présidente du jury***

**Mme Suzanne Oumou NIANG.** Professeur titulaire, tout l'honneur est pour nous aujourd'hui de vous avoir comme juge et présidente de ce jury. Vos énormes qualités humaines, votre générosité, votre esprit de synthèse sont connus et appréciés de tous. Permettez-nous, cher maître de profiter de cette occasion qui nous est offerte pour vous exprimer toute notre reconnaissance et notre profond respect. Vos remarques et suggestions seront prises en compte pour l'amélioration de la qualité de notre travail.

***Notre Maitre et Directeur de mémoire***

**Mr Moussa DIALLO.** Professeur titulaire, vous avez bien voulu nous confier ce travail que vous avez guidé malgré vos innombrables occupations. Ce fut un réel plaisir de travailler sous votre direction. Nous retenons de vous les souvenirs d'un maître doué de qualités scientifiques, pédagogiques et surtout humaines. Qu'Allah vous comble de sa grâce et de sa miséricorde.

Nous profitons de cette occasion pour vous témoigner notre immense respect et l'expression de toute notre gratitude.

***Notre Maitre et membre du jury***

**Mr Boubacar Ahy DIATTA.** Professeur agrégé, c'est un réel plaisir pour nous de vous avoir dans ce jury. Tout au long de notre cursus nous avons bénéficié de votre enseignement clair et précis. C'est pour nous l'occasion de vous témoigner estime et respect. Trouvez ici, cher Maître, le témoignage de notre gratitude et de nos respectueux sentiments.

## **LISTE DES FIGURES**

**CHU:** Centre Hospitalo-universitaire

**DES:** Diplôme d'Etude Spécialisée

**ECT:** Extrait de Cellules Thymiques

**HALD:** Hôpital Aristide Le Dantec

**HE:** Hematoxyline et éosine

**HTA:** Hypertension Artérielle

**KPP:** Kératodermie palmoplantaire

**PAS:** Periodic Acid Schiff

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Répartition en pourcentage des patients par tranche d'âge .....	9
<b>Figure 2</b> : Répartition en pourcentage des traitements au long cours .....	12
<b>Figure 3</b> : Répartition des patients en fonction du nombre d'ongles atteints ....	13
<b>Figure 4</b> : Répartition des patients en fonction de la topographie .....	14
<b>Figure 5</b> : Répartition des patients selon le type de retentissement .....	19
<b>Figure 6</b> : Répartition des causes inflammatoires .....	25
<b>Figure 7</b> : Répartition des onychopathies liées aux dermatoses bulleuses auto-immunes .....	27

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I</b> : Répartition des patients selon la profession .....	10
<b>Tableau II</b> : Répartition des patients selon les soins des ongles.....	11
<b>Tableau III</b> : Répartition des antécédents pathologiques et du terrain.....	12
<b>Tableau IV</b> : Répartition des lésions élémentaires des ongles .....	15
<b>Tableau V</b> :Répartition des signes associés .....	18
<b>Tableau VI</b> : Répartition des espèces en causes .....	20
<b>Tableau VII</b> : Répartition des différentes étiologies .....	23

## LISTE DES ICONOGRAPHIES

<b>Iconographie 1</b> : A: Pachyonychie, onycholyse de l'ongle du gros orteil droit B: Onycholyse distale et mélanonychie des ongles de la main C: Périonyxie chronique des 2e et 3e doigts chez la même patiente.....	16
<b>Iconographie 2</b> : Trachyonychie associée à une mélanonychie des ongles .....	16
<b>Iconographie 3</b> : Onychogryphose des ongles des pieds .....	17
<b>Iconographie 4</b> : Onycholyse disto latérale de l'ongle du pouce droit.....	17
<b>Iconographie 5</b> : Onychodystrophie totale et périonyxie de l'ongle du 4 <sup>e</sup> doigt .....	17
<b>Iconographie 6</b> : Filaments mycéliens septés et réguliers dans les débris d'ongles (Objectif, 40). A noter le caractère arthrosporé (en chaîne) caractéristique des dermatophytes.....	20
<b>Iconographie 7</b> : Trachyonychie, mélanonychie, onycholyses des ongles des mains et pieds .....	21
<b>Iconographie 8</b> : Filaments mycéliens à la coloration au PAS .....	22
<b>Iconographie 9</b> : Onychomycose à <i>C. albicans</i> associée à <i>T. soudanense</i> chez un patient lupique âgé de 18 ans .....	24
<b>Iconographie 10</b> : onychomycose disto-latérale main et pied .....	24
<b>Iconographie 11</b> : ongles incarnés bilatéraux des gros orteils chez un même patient .....	28
<b>Iconographie 12</b> : atteinte unguéale du Psoriasis chez un patient âgé de 74 ans .....	29
<b>Iconographie 13</b> : Mélanonychie, onycholyse, pachyonychie chez une patiente chez une patiente lupique .....	29
<b>Iconographie 14</b> : mélanonychie chez une patiente sclérodermique .....	30
<b>Iconographie 15</b> : onychomadèse chez un patient de 22 ans atteint de Pemphigus vulgaire .....	30

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION .....</b>	1
<b>METHODOLOGIE .....</b>	4
I. OBJECTIFS .....	5
1.1. Objectif général .....	5
II. PATIENTS ET METHODE .....	5
2.1. Cadre d'étude .....	5
2.2. Type et période d'étude .....	5
2.3. Population d'étude .....	6
2.4. Critères de sélection .....	6
2.5. Méthodologie .....	6
2.6. Saisie et l'analyse des données .....	6
2.7. Aspects éthiques et financiers .....	7
<b>RESULTATS .....</b>	8
I. LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES .....	9
1.1. Fréquence .....	9
1.2. Les données socio démographiques .....	9
II. LES ANTECEDENTS ET TERRAIN .....	11
III. LES ASPECTS CLINIQUES .....	13
IV. LES ASPECTS PARA CLINIQUES .....	19
V. DIAGNOSTICS ETIOLOGIQUES DES ONYCHOPATHIES .....	23
5.1. Onychopathies infectieuses .....	23
5.2. Onychopathies inflammatoires .....	25
5.3. Maladies systémiques .....	26
5.4. Dermatoses bulleuses .....	27
5.5. Les autres onychopathies .....	28
<b>DISCUSSION .....</b>	31
I. LIMITES DE NOTRE TRAVAIL .....	32
II. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES .....	32

2.1. Fréquence .....	32
2.2. Données sociodémographiques .....	33
2.3. Les données cliniques.....	34
2.4. Données para cliniques.....	35
III. ASPECTS ETIOLOGIQUES DES ONYCHOPATHIES .....	37
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>40</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>44</b>
<b>ANNEXE</b>	

# **INTRODUCTION**

L'ongle est une annexe cutanée, au nombre de 20 chez l'homme. Il fait partie des phanères, situé sur la face dorsale des extrémités des doigts et des orteils, qu'il protège et embellit.

Il s'agit d'une lame cornée lisse et translucide, constituée de kératine dense et homogène.

La pathologie de l'ongle constitue un des chapitres les plus complexes de la dermatologie et souvent peu connue de la plupart des médecins. Elle soulève de véritables problèmes de diagnostic, car elle recouvre de multiples étiologies avec assez souvent des aspects cliniques similaires [1,2].

En effet, malgré leur solidité, l'appareil unguéal peut être altéré par des maladies dermatologiques infectieuses, inflammatoires, traumatiques, tumorales ou génétiques qui sont parfois inaugurales [3].

De toutes les onychopathies, les onychomycoses représentent entre 18 et 50 % des étiologies selon la plupart des études publiées [4]. Elles sont dues aux levures, dermatophytes, pseudodermatophytes et moisissures. Leur prévalence dans la population générale varie entre 2 et 26,9 % [5].

Le diagnostic d'une onychopathie est habituellement aisé, en cas d'association des lésions unguérales à des lésions cutanéo-muqueuses évocatrices. Il n'en est pas de même si la dermatose inflammatoire ou tumorale se localise exclusivement sur l'appareil unguéal [3].

En effet, dans ce dernier cas, il est tout à fait exceptionnel que le dermatologue puisse établir, un diagnostic définitif sans recours aux examens para cliniques : le prélèvement mycologique, la dermoscopie, l'examen histologique d'une biopsie unguéale, la radiographie voire l'échographie et l'imagerie par résonance magnétique de haute résolution [1].

En Afrique subsaharienne, peu d'études sont réalisées concernant les pathologies unguérales [6].

Quelques travaux sur les onychomycoses ont été réalisés au Cameroun [7], Gabon [5], Côte d'Ivoire [8]. Il ressort des données de ces études que les étiologies des onychopathies sont dominées à 50% par les onychomycoses.

Au Sénégal, en 2012 [9], une étude prospective sur les onychopathies non mycosiques avait constaté que le lichen était la plus fréquente dermatose responsable d'onychopathies. Deux autres études rétrospectives portant sur les aspects mycologiques des onychomycoses ont été réalisées respectivement en 2013 [10], et 2014 [11] aux laboratoires de parasitologie-mycologie des CHU de Fann et de Dantec. La première a noté que les onychomycoses représentaient 58,78% des onychopathies et la seconde a précisé la prédominance de *Candida albicans* (55,84%) parmi les germes en cause.

Cependant aucun thème portant sur une évaluation globale des onychopathies n'a été abordé jusqu'à ces jours au Sénégal. Nous avons pensé à travers cette étude déterminer les données épidémiologiques, cliniques et étiologiques des onychopathies.

## **METHODOLOGIE**

## **I. OBJECTIFS**

### **1.1. Objectif général**

Déterminer les caractéristiques des onychopathies au service de Dermatologie du CHU Le DANTEC.

### **1.2 Objectifs spécifiques**

- Décrire les aspects épidémiologiques des onychopathies;
- Décrire les différentes caractéristiques cliniques des onychopathies
- Identifier les différentes étiologies des onychopathies

## **II. PATIENTS ET METHODE**

### **2.1. Cadre d'étude**

Le service de Dermatologie Vénérérologie du CHU Aristide Le DANTEC (HALD) nous a servi de cadre pour la réalisation de ce travail.

Il est le plus grand centre de référence en dermatologie pour tout le pays et a pour mission les soins, la formation et la recherche dans le cadre de la dermatologie.

Les ressources humaines comportent 7 dermatologues dont 2 Professeurs titulaires et 2 Maîtres de conférences agrégés, 1 Maître-assistant, 3 Internes et 58 Médecins en cours de formation pour l'obtention du DES en Dermatologie Vénérérologie. Le service reçoit en moyenne 7000 patients par an en consultation avec environ 250 hospitalisations annuelles.

### **2.2. Type et période d'étude**

Il s'agit d'une étude monocentrique, prospective, descriptive, menée auprès des patients ayant consulté dans le service pendant la période.

L'étude s'est déroulée sur une période de 5 mois allant du 01 Aout 2020 au 31 Décembre 2021.

## **2.3. Population d'étude**

Notre population d'étude était constituée de tous les patients reçus en consultation ou hospitalisés pendant la période d'étude.

## **2.4. Critères de sélection**

### **Critères d'inclusion**

Tous les patients présentant des lésions unguérales quel que soit le sexe et l'âge et ayant donné leur consentement éclairé.

### **Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- Les patients non consentants
- Les patients ne présentant pas une anomalie des ongles.

## **2.5. Méthodologie**

Nous avons effectué un examen des ongles systématiquement chez tout patient reçu en consultation et en hospitalisation. Nous avons inclus les malades présentant une anomalie unguéale ou une dermatose associée à des altérations unguérales. L'examen des ongles a été effectué par un Médecin DES de Dermatologie inscrit en 4ème Année.

Les malades recrutés dans l'étude ont fait l'objet d'une enquête. Celle-ci reposait sur les données de l'anamnèse, les aspects cliniques des altérations observées et des examens complémentaires. Les données étaient recueillies grâce à une fiche d'enquête standardisée (**cf. annexe1**)

## **2.6. Saisie et l'analyse des données**

La saisie des données et l'étude statistique avec analyse quantitative et qualitative ont été réalisées en utilisant les logiciels Excel et SPSS version 20.0. L'étude descriptive a été réalisée par le calcul de fréquences pour les variables

qualitatives. Pour les données quantitatives, l'étude a été réalisée par le calcul des moyennes.

## **2.7. Aspects éthiques et financiers**

Le consentement oral libre et éclairé chez les patients était requis.

La confidentialité était également respectée.

Le refus de participer n'avait aucun impact sur la prise en charge du malade.

Cette étude n'a pas bénéficié de financement et rentre dans le cadre du mémoire de fin d'études de DES.

## **RESULTATS**

## I. LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

### 1.1. Fréquence

Au cours de la période d'étude, 2779 patients ont été suivis en consultation et en hospitalisation. Parmi ces derniers, 91 patients présentaient des onychopathies soit une prévalence de **3,27%**.

### 1.2. Les données socio démographiques

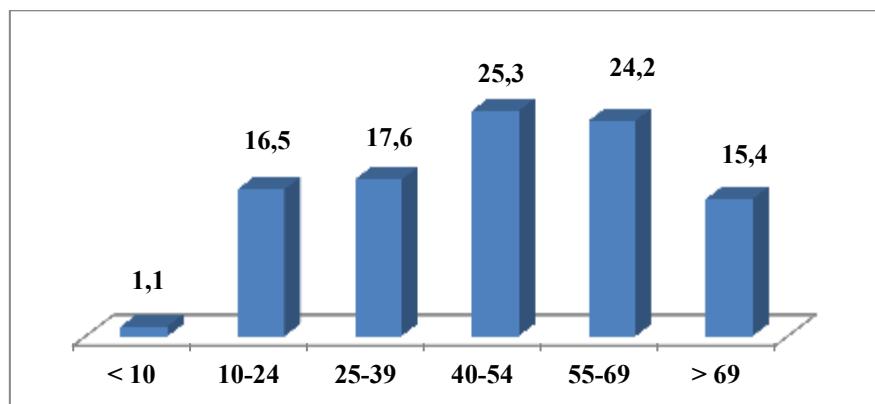
#### ✚ Le genre

Notre cohorte était composée de 40 hommes (44 %) et de 51 femmes (56 %), soit un sex ratio de 0,78.

#### ✚ L'âge

L'âge des patients variait entre 6 et 84 ans avec une moyenne de 47,64 ans. La tranche d'âge la plus représentative était celle de 40-69 ans (49,50%).

La répartition des patients selon les tranches d'âge est mentionnée sur la figure ci-dessous.



**Figure 1 : Répartition en pourcentage des patients par tranche d'âge**

#### ✚ La Profession

En ce qui concerne la profession, on notait que les ménagères étaient plus nombreuses 31,87% (n=29) suivies des élèves/étudiants 20,88% (n=19) et des personnes sans profession (n=16).

**Tableau I : Répartition des patients selon la profession**

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagères	<b>29</b>	<b>31,87</b>
Elèves/étudiants	<b>19</b>	<b>20,88</b>
Sans profession	<b>16</b>	<b>17,6</b>
Corps soignant	7	7,7
Enseignants	5	5,5
Commerçantes	4	4,4
Couturières	2	2,2
Comptables	2	2,2
Femmes de ménage	2	2,2
Chauffeur	2	2,2
Militaire	1	1,1
Maçon	1	1,1
Secrétaire	1	1,1
Total	91	100,0

### **Les soins des ongles**

Concernant les soins des ongles, la majorité (n=89) n'utilisaient pas de vernis à ongle. Seules deux vernissaient les ongles régulierement. Le lieu d'entretien des ongles était le domicile avec un pourcentage de 91,2% (n=83). Plus de la moitié 58 (63,73%) des patients portaient des chaussures ouvertes.

**Tableau II : Répartition des patients selon les soins des ongles**

Mode de vie	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Non</b>	<b>49</b>	<b>3,92</b>
Utilisation de vernis à Oui ongle	2	96,08
<b>Domicile</b>	<b>83</b>	<b>91,2</b>
Lieu de manucure- pédicure	Ambulatoire	6
	Instituts de beauté	2
<b>Ouvertes</b>	<b>58</b>	<b>63,73</b>
Port de chaussures	Mixtes	33

## II. LES ANTECEDENTS ET TERRAIN

### Existence de maladies chroniques

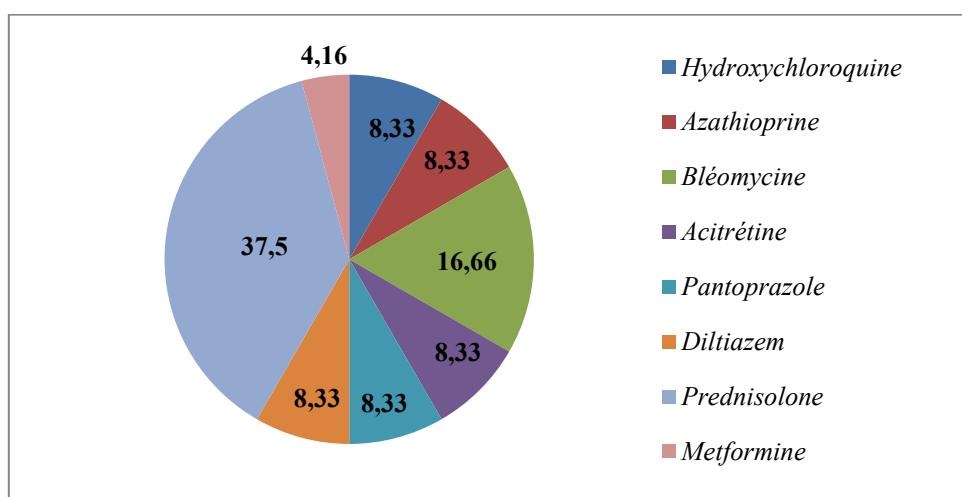
Concernant les antécédents personnels et le terrain, 48 patients (**52,74%**) avaient un terrain ou une maladie chronique. L'atopie était le terrain le plus fréquent avec un pourcentage de 17,58% (n=16), suivi des connectivites.

**Tableau III : Répartition des antécédents pathologiques et du terrain**

Antécédents	Effectif	Pourcentage (%)
Atopie	16	23,52
Connectivite	8	11,76
HTA	7	10,29
Néoplasie	6	8,82
Obésité	4	5,88
Maladies bulleuses	3	4,41
Panaris	3	4,41
Diabète	2	2,94
Insuffisance veineuse	2	2,94
KPP héréditaire	2	2,94
Psoriasis	2	2,94
Autres	13	19,11

### 💊 Traitement au long cours

Parmi les patients, 16,5% (n=15) suivaient un traitement au long cours et la plupart étaient sous une corticothérapie seule ou en association avec d'autres produits.



**Figure 2 : Répartition en pourcentage des traitements au long cours**

### III. LES ASPECTS CLINIQUES

#### ✚ Le motif de consultation

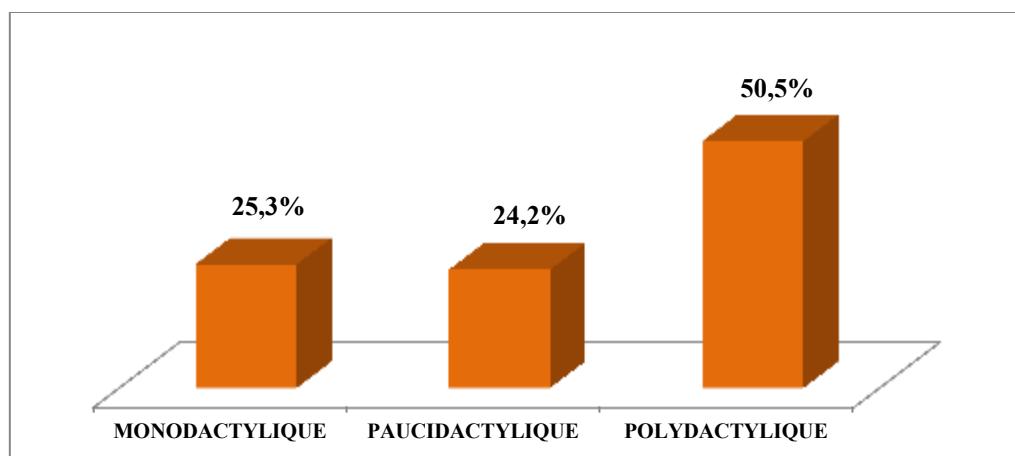
Les patients ont consulté pour deux motifs:

- Soit pour une atteinte unguéale
- Soit pour des lésions cutanées et l'examen systématique des ongles a découvert fortuitement des lésions unguéales.

On a noté que 40 patients (**44,0%**) avaient consulté d'emblée pour une atteinte unguéale.

#### ✚ Le nombre d'ongles concernés

L'atteinte polydactylique était la plus fréquente dans notre série avec un pourcentage de 50,5% (n=46).

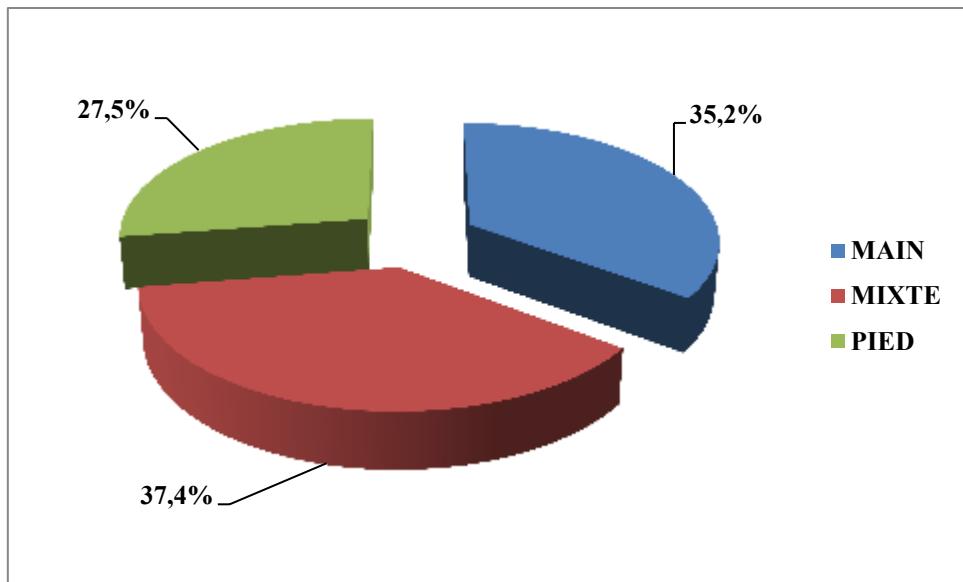


*Monodactylique: 1 ongle, paucidactylique: 2 ou 3 ongles, polydactylique  $\geq 4$  ongles.*

**Figure 3 : Répartition des patients en fonction du nombre d'ongles atteints**

#### ✚ Topographie

L'atteinte concomitante des pieds et des mains était la plus fréquente avec un pourcentage de 37,4% (n=34).



**Figure 4 : Répartition des patients en fonction de la topographie**

#### ✚ Lésions élémentaires des ongles

Les aspects sémiologiques étaient polymorphes. Il s'agissait d'anomalies des attaches de la tablette unguéale dans 54 cas, de la surface unguéale dans 7 cas, du volume et de la taille de l'ongle dans 22 cas, de couleur dans 39 cas, de la forme dans 3 cas et d'anomalies du pourtour unguéal dans 23 cas. Les autres anomalies étaient représentées par l'incarnation unguéale dans 8 cas.

**Tableau IV : Répartition des lésions élémentaires des ongles**

	Types d'anomalies	Nombre
Anomalies des attaches	Onycholyse	39
	Onychomadèse	11
	Ptérygion	4
Anomalies de couleur	Mélanonychie	35
	Leuconychie	4
Anomalies de surface	Trachyonychie	5
	Dépressions ponctuées	1
	Ongles usés	1
Anomalies du volume et de la taille	Micronychie	1
	Brachyonychie	1
	Anonychie	1
	Pachyonychie	8
	onychogryphose	3
	Hyperkératose sous unguéale	8
Anomalies de forme	Koilonychie	1
	Ongles plicaturés	2
Anomalies du pourtour unguéal	Périmyxix	22
	envie	1
Autres anomalies	Ongles incarnés	8

## Quelques iconographies prises au cours de l'étude



## Iconographie 1 :

A: Pachyonychie, onycholyse de l'ongle du gros orteil droit

B: Onycholyse distale et mélanonychie des ongles de la main

C: Périonyxis chronique des 2e et 3e doigts chez la même patiente (HALD)



## Iconographie 2 : Trachyonychie associée à une mélanonychie des ongles (Dermatologie HALD)



**Iconographie 3 : Onychogryphose des ongles des pieds (HALD)**



**Iconographie 4 : Onycholyse disto latérale de l'ongle du pouce droit (HALD)**



**Iconographie 5 : Onychodystrophie totale et périonyxie de l'ongle du 4<sup>e</sup> doigt (HALD)**

#### ⊕ **Signes cliniques associés**

Dans notre étude, 73 patients (80,21%) avaient présenté en plus des modifications unguérales des signes cliniques associés (dermatologiques ou autres).

Concernant les différents signes cliniques associés, les signes cutanés étaient les plus fréquents, retrouvés dans **80,0%** des cas.

Parmi les signes cutanés associés, les lésions éythémato squameuses et les lésions d'intertrigo étaient les plus fréquemment rencontrées dans 47,61% de cas.

**Tableau V :Répartition des signes associés**

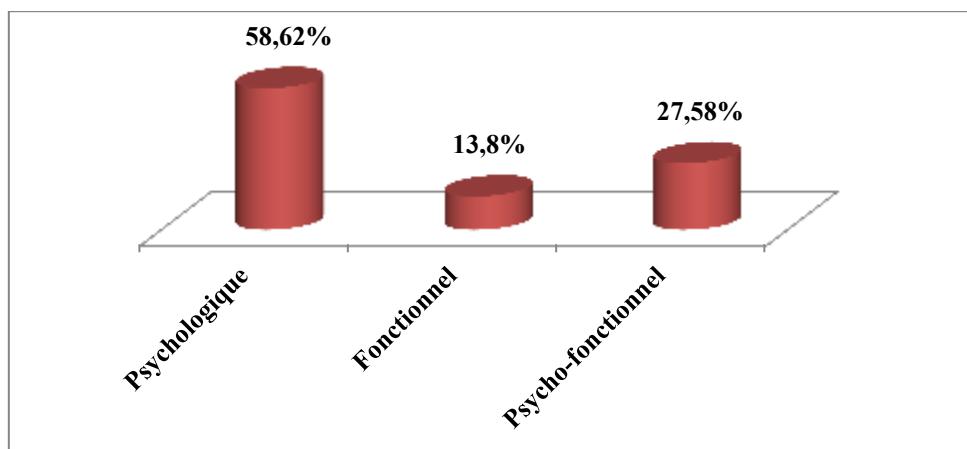
	Type de lésions	Effectif
Signes cutanés	Lésions érythémato squameuses	22
	Lésions d'intertrigo	18
	Lésions nodulaires angiomateux	8
	Lymphœdème	6
	Macules hyperchromiques	8
	Macules hypochromiques	3
	Lésions papuleuses	4
	Verrue plantaire	1
	Verrue palmaire	1
	Ulcère jambe	1
	KPP	2
	Bulles	2
	Erosions post bulleuses	2
	Autres	15
Signes muqueux	Erosions de la muqueuse buccale	2
Poils et cheveux	Squames du cuir chevelu	4
	Alopécie cicatricielle	3
	Alopécie non cicatricielle	3
	Lésions erythémato squameuses et atrophique	2
Signes non dermatologiques	Polyarthralgie des articulations	2
	Caries multiples	1
	Fièvre vespéro nocturne	2

**\*Autres:** sclérose cutanée, hématome du gros orteil, prurigo, croutes, érythème palmo-plantaire, xérose cutanée.

### ✚ Retentissement

Un retentissement a été retrouvé chez 58 patients (**63,74%**). Ce retentissement était psychologique (58,62%), fonctionnel (13,8%) ou associant les deux types (27,58%).

Il était rencontré aussi bien chez l'homme que chez la femme ainsi que dans toutes les tranches d'âge sauf chez les patients âgés de plus de 69 ans où le pourcentage était bas (3,4%).



**Figure 5 : Répartition des patients selon le type de retentissement**

## IV. LES ASPECTS PARA CLINIQUES

### ✚ Examen mycologique

Dans notre population, l'examen mycologique était réalisé chez 19 patients (20,9%). Il était positif chez **9** patients (**47,37%**).

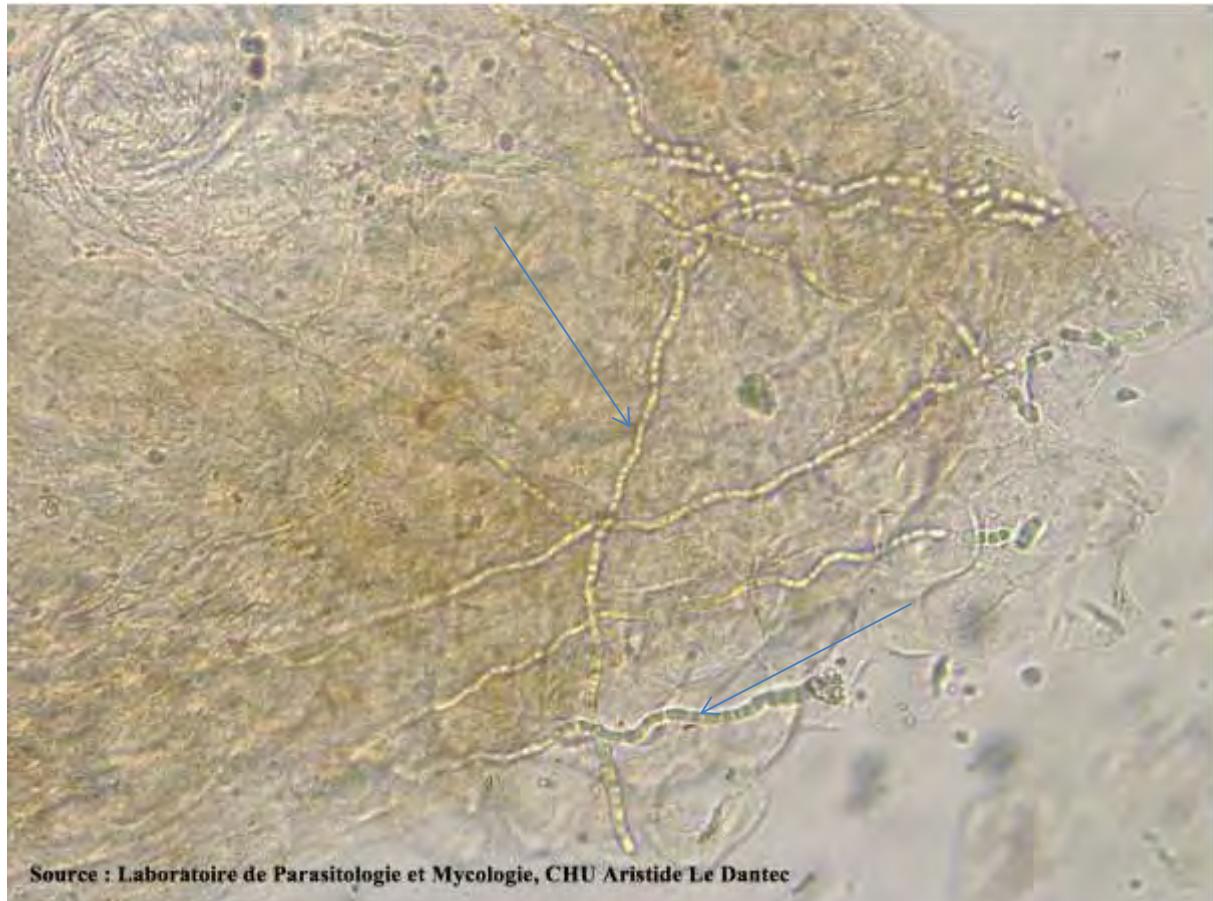
Concernant les résultats de l'examen direct les levures étaient prédominantes, retrouvées chez 66,67% de patients.

La culture était positive chez **10** patients, soit une fréquence de **52,63%**.

Concernant les espèces en cause, *Candida albicans* était le plus rencontré dans 60% de cas.

**Tableau VI : Répartition des espèces en causes**

Germes	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Candida albicans</b>	<b>6</b>	<b>60,0</b>
Géotrichum	1	10,0
Trichophyton soudanense	2	20,0
Candida albicans +	1	10,0
Trichophyton soudanense		
Total	10	100,0



**Iconographie 6 : Filaments mycéliens septés et réguliers dans les débris d'ongles (Objectif, 40). A noter le caractère arthrosporé (en chaîne) caractéristique des dermatophytes**

## ✚ Biopsie unguéale

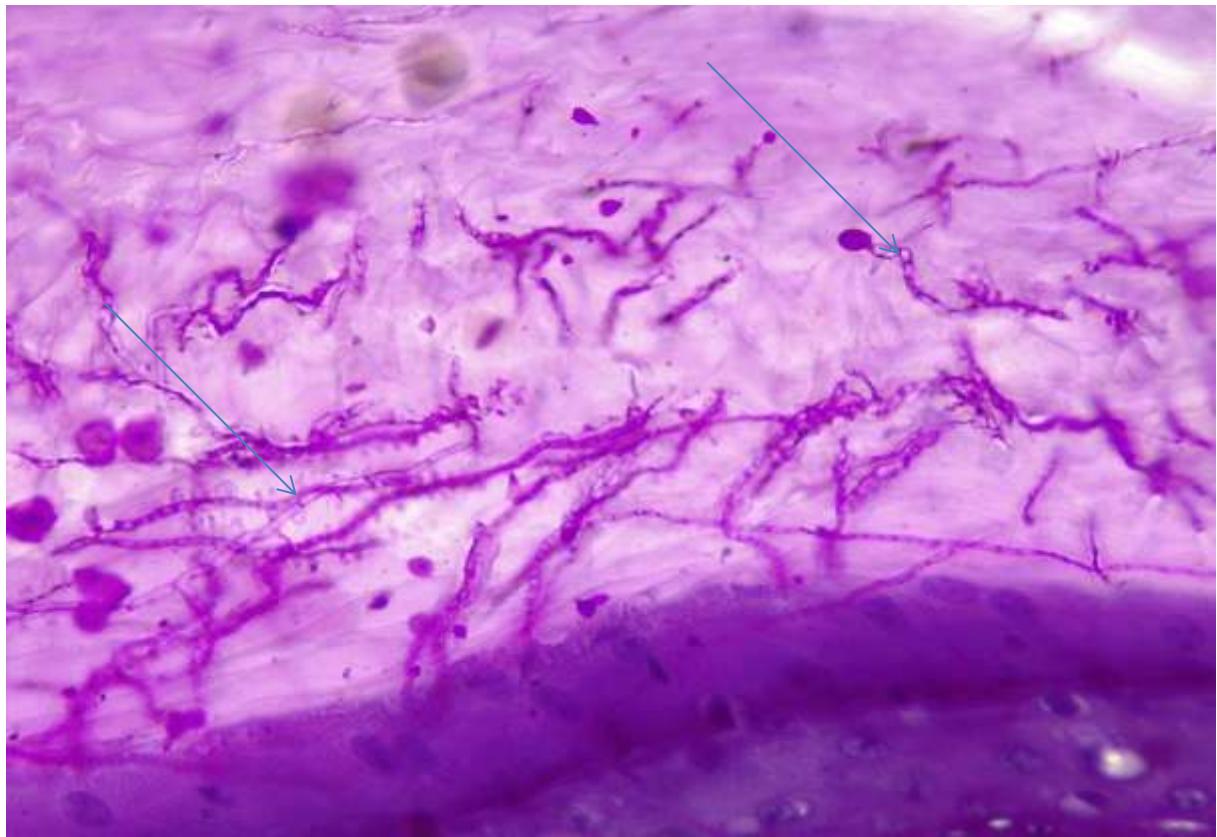
La biopsie unguéale a été réalisée chez une patiente (1,10%) au niveau du 4<sup>e</sup> ongle de la main gauche. Cette dernière présentait des lésions polymorphes polydactyliques de topographie mixte associant une trachyonychie, une mélanonychie et une onycholyse le tout évoluant depuis plus de 20 ans et sans aucune lésion cutanée associée. La patiente a signalé la présence de cette symptomatologie dans la famille. Les hypothèses étaient un lichen unguéal ou un psoriasis unguéal.



**Iconographie 7 : Trachyonychie, mélanonychie, onycholyses des ongles des mains et pieds**

A la microscopie: épithélium matriciel légèrement acanthosique, siège d'une spongiose modérée. Il est surmonté en surface d'une épaisse tablette unguéale orthokérathosique avec de rares foyers parakératosiques.

La coloration au PAS met en évidence de nombreux filaments mycéliens au sein de la tablette qui comporte également des foyers de micro abcès neutrophiliques. L'examen anatomo-pathologique de la pièce biopsique a été complété par un examen mycologique qui a objectivé le *Trichophyton soudanense* d'où une onychomycose a été retenue comme diagnostic.



**Iconographie 8 : Filaments mycéliens à la coloration au PAS (Laboratoire Dermatopathologique de l'UCAD)**

⊕ **Autres examens complémentaires**

- ✓ Biopsie cutanée: réalisée chez 6 patients (6,59%). Elle a objectivé 2 cas de maladie de Kaposi, 1 cas de Pemphigus vulgaire, 2 cas de Pemphigoïde bulleuse et un cas d'eczéma chronique.
- ✓ NFS était normale chez tous les patients chez qui elle était réalisée (12,08%)
- ✓ Les anticorps étaient réalisés chez 3 patients (3,3%):

Anti membrane basale et anti substance intercellulaire étaient réalisés respectivement chez un patient âgé de 22 ans et un autre âgé de 82 ans.

Anti DNA natifs étaient négatifs et les anti SSA-RO étaient positifs chez une même patiente âgée de 60 ans.

- ✓ La sérologie rétroviroire chez 3 patients dont les résultats étaient négatifs.

## V. LES ASPECTS ETIOLOGIQUES DES ONYCHOPATHIES

Tableau VII : Répartition des différentes étiologies

Diagnostic	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Infectieuses</b>	<b>44</b>	<b>48,35</b>
<b>Inflammatoires</b>	<b>20</b>	<b>21,97</b>
Connectivites	8	8,8
Dermatoses bulleuses	5	5,5
Ongles incarnés	8	8,8
Séquelles post panaris	3	3,3
Traumatisme	1	1,1
Malformations	2	2,2
congénitales		

### 5.1. Onychopathies infectieuses

#### Onychomycoses

Les onychomycoses étaient observées chez 38 malades dont 14 hommes et 24 femmes soit un sex ratio de 0,58. L'âge moyen était de 45 ans (extrêmes de 17 et 84 ans).

La localisation au niveau des ongles des doigts était la plus fréquemment rencontrée dans 59,90%, suivis des pieds 18,42% et mixte 23,68%. La sémiologie unguéale était à type de d'onycholyse (n=26), de périonyxie chronique (n=22), de mélanonychie (n=10), de pachyonychie (n=8), de trachyonychie (n=6), leuconychie (n=4), d'hyperkératose sous unguéale (n=2) et d'onychogryphose (n=2). Le périonyxie était localisé au niveau des ongles des mains dans 20 cas et dans 2 cas au niveau des ongles des pieds.

Le diagnostic était clinique chez la plupart des patients et dans 9 cas il était confirmé par un examen mycologique et une biopsie unguéale. Les onychomycoses étaient associées à un intertrigo inter orteil dans 12 cas, à une verrue plantaire dans 2 cas, à une teigne du cuir chevelu dans 2 cas, à une KPP

dans 2 cas, à un eczéma des doigts dans 1cas et à une vaginose chez une patiente de 19 ans.



**Iconographie 9 : Onychomycose à C. albicans associée à T. soudanense chez un patient lupique âgé de 18 ans**



**Iconographie 10 : onychomycose disto-latérale main et pied (HALD)**

#### ■ Maladie de Kaposi

La maladie de Kaposi était observée chez 8 patients ayant un âge moyen de 61 ans avec des extrêmes de 14 et 83ans. Les anomalies étaient à type d'onychomadèse (n=4), de mélanonychie (n=4), d'hyperkératose sous unguéale (n=2), de pachyonychie (n=2). Ces lésions étaient associées à un lymphœdème des membres inférieurs surmonté de nodules angiomeux.

## 5.2. Onychopathies inflammatoires

Les onychopathies inflammatoires étaient dominées par le lichen plan et l'eczéma.

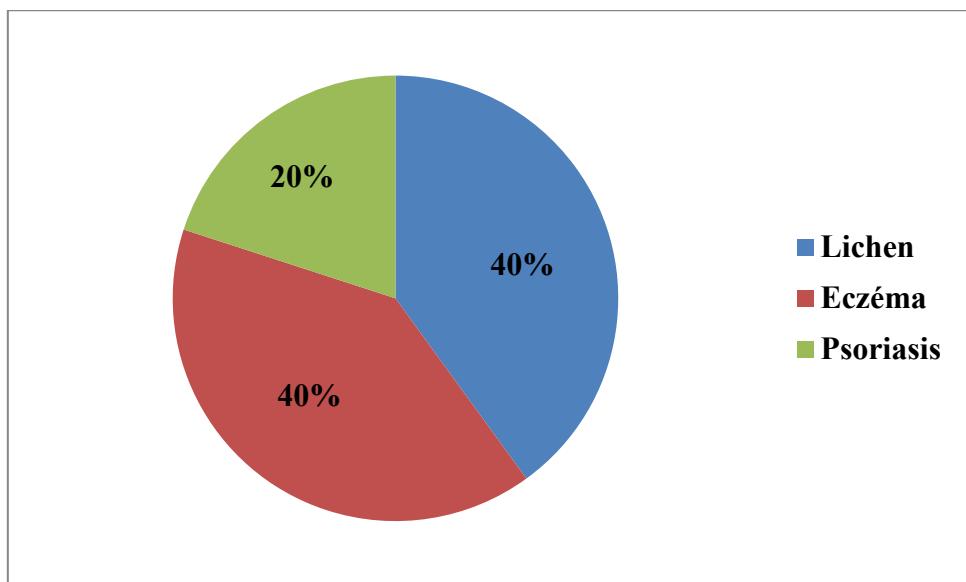


Figure 6 : Répartition des causes inflammatoires

### ✚ Lichen plan

Un lichen plan était observé chez 8 malades dont 4 de sexe féminin et 4 sexe masculin. L'âge moyen était de 36,62 ans. Un antécédent de lichen familial était noté dans 1 cas. La durée d'évolution variait entre 3 semaines et 15 ans.

Le diagnostic était clinique chez tous les patients devant la présence de ptérygion ou l'association à des lésions cutanéo-muqueuses du lichen.

Le lichen unguéal était isolé chez 2 malades et associé à une atteinte cutanée dans 6 cas. La présentation du lichen était à type de ptérygion (n=4), mélanonychie (n=8), pachyonychie (n=2), trachyonychie (n=1), onycholyse (n=4). Aucun patient n'avait présenté une atteinte des muqueuses. Le lichen concernait les ongles des mains chez 2 patients et chez 6 patients il touchait les ongles des mains et des pieds dont 2 avaient une atteinte des 20 ongles.

## **Eczéma**

L'onychopathie en rapport avec un eczéma était noté chez 8 patients dont 4 femmes, d'âge moyen de 43,75 ans (extrême de 6 et 64 ans). Il s'agissait d'un eczéma atopique chez tous les patients avec des lésions cutanées associées à type de lésions erythémato-squameuses chez 6 patients et de prurigo chez 2 patients. Les lésions étaient à type de mélanonychie (n=3), de trachyonychie (n=3), envie (n=2) et onycholyse (n=1), et siégeaient aux mains dans 2 cas et au niveau des mains et des pieds dans 6 cas.

## **Psoriasis**

Le psoriasis était rencontré chez 4 patients tous de sexe masculin, d'âge moyen de 55,5 ans (extrême de 14 et 84 ans). La pathologie évoluait en moyenne depuis 9,75 ans. L'atteinte unguéale était associée à des lésions érythémato-squameuses de la peau glabre chez tous les patients et à des squames du cuir chevelu chez 2 patients. On a noté un cas d'érythème vif au niveau palmo-plantaire chez un patient. L'onychopathie psoriasique était localisée exclusivement aux mains chez un patient. La sémiologie unguéale était à type d'onycholyse (n=2), mélanonychie (n=3), dépressions ponctuées (n=1), onychomadèse (n=2), hyperkératose sous unguéale (3), trachyonychie (n=1) et de koilonychie (n=1).

## **5.3. Maladies systémiques**

Il s'agissait d'onychopathies liées au lupus systémique et à la sclérodermie dans la moitié de cas chacun.

## **Lupus systémique**

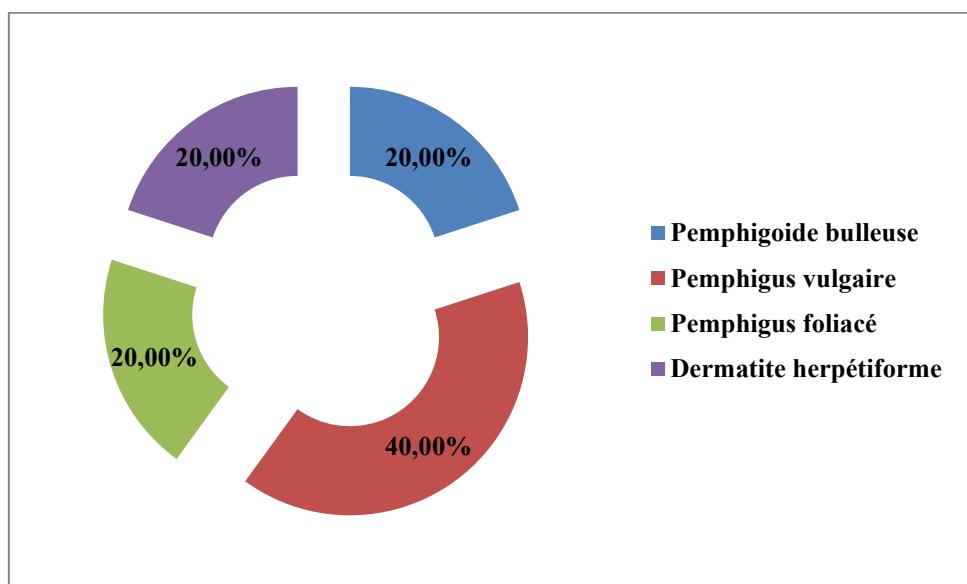
Il s'agissait de 4 cas de lupus chronique chez des femmes d'âge moyen de 56 ans. Les anomalies unguéales évoluaient en moyenne depuis 15 ans et étaient localisées au niveau des mains et des pieds. La sémiologie unguéale était à type de pachyonychie (n=2), mélanonychie (n=2) et d'onycholyse (n=3). Les lésions étaient associées à un lupus discoïde et à ulcérations cutanées chez deux patientes.

## Sclérodermie systémique

L'atteinte unguéale évoluait en moyenne depuis 8,5 ans chez 4 femmes âgées en moyenne de 56 ans. Les anomalies unguéales étaient à type de mélanonychie touchant les 20 ongles chez toutes les patientes, de pachyonychie dans 2 cas et d'onycholyse dans 2 cas.

### 5.4. Dermatoses bulleuses

Le pemphigus foliacé représentait 40% des dermatoses bulleuses dans notre série.



**Figure 7 : Répartition des onychopathies liées aux dermatoses bulleuses auto-immunes**

L'atteinte unguéale était notée chez 5 patients de sexe masculin, d'âge moyen de 47,6 ans et évoluait en moyenne depuis 2,84 ans. La sémiologie unguéale était à type d'onychomadèse touchant les ongles des mains et des pieds dans 3 cas de pemphigus vulgaire, un cas de pemphigoïde bulleuse. Chez un patient atteint de dermatite herpétiforme, les lésions étaient à type d'anonychie intéressant les 20 ongles. Les lésions unguéales étaient associées à des bulles, des érosions post bulleuses, des croûtes et des macules hyperpigmentées post inflammatoires chez les patients.

## 5.5. Les autres onychopathies

Les ongles incarnés étaient objectivés chez 8 patients dont 2 femmes. L'âge moyen était de 33,5 ans et la durée d'évolution était en moyenne de 1,79 ans. L'incarnation siégeait au niveau du gros orteil chez tous les patients, où elle concernait un seul repli latéral dans 6 cas et les deux replis latéraux dans 2 cas. L'incarnation avait touché les 2 replis latéraux des 2 gros orteils dans un cas.

Nous avons aussi noté de séquelles post panaris chez 3 patientes chez qui la sémiologie unguéale était à type de micronychie, de macronychie et de mélanonychie.

Deux cas de malformation congénitale à type d'ongles plicaturés et un cas de traumatisme ayant occasionné un hématome du gros orteil droit et une mélanonychie.



**Iconographie 11 : ongles incarnés bilatéraux des gros orteils chez un même patient (HALD)**



**Iconographie 12 : atteinte unguéale du Psoriasis chez un patient âgé de 74 ans (HALD)**



**Iconographie 13 : Mélanonychie, onycholyse, pachyonychie chez une patiente chez une patiente lupique (HALD)**



**Iconographie 14 : mélanonychie chez une patiente sclérodermique (HALD)**



**Iconographie 15 : onychomadèse chez un patient de 22 ans atteint de Pemphigus vulgaire (HALD)**

## **DISCUSSION**

Nous avons décrit les aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des onychopathies au service de Dermatologie du CHU Aristide le Dantec chez 91 patients sur une période de 5 mois.

## **I. LIMITES DE NOTRE TRAVAIL**

Les limites de notre travail étaient les suivantes :

- Un faible échantillonnage lié d'une part à l'aspect monocentrique de l'étude et d'autre part au retard accusé avant le début des collectes sans oublier le contexte de la pandémie de COVID 19.
- Le faible taux de réalisation de l'examen mycologique qui devrait être systématique devant toute suspicion d'onychomycose. Pour ceux qui avaient été prélevés l'attente des résultats a été très longue ce qui a retardé l'évolution du travail.
- La réalisation de la biopsie unguéale a été limitée par la crainte du traumatisme et de séquelles d'onychodystrophies que l'acte pourrait engendrer.

## **II. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES**

### **2.1. Fréquence**

L'étude monocentrique que nous avons réalisée a permis de retrouver une fréquence hospitalière de 3,27%. La prévalence des onychopathies est mal connue, car très peu d'études ont été réalisées à travers le monde. Dans notre analyse bibliographique, trois études ont été retrouvées mais concernant les onychopathies chez les enfants. L'une en Algérie par A.O BELKACEM [13] où la prévalence était estimée à 0,4% et les deux autres respectivement en Turquie par Ayse Akbas et al [14], dont la prévalence était 0,5 % et enfin au Mexique réalisée par Alejandra Iglesias et al [15] où la prévalence était estimée à 3% ce qui avoisine le nôtre.

## 2.2. Données sociodémographiques

- **Le sexe**

La population d'étude était composée de 56% de femmes, soit un Sex-ratio (H/F) de 0,78. L'étude par Seck et al. à Dakar [11] en 2014 sur les onychomycoses a mentionné également une prédominance féminine à 70,41% avec un Sex-ratio de 2,38. Ce constat a été également fait par Nzenze [6] au Gabon en 2011 où le pourcentage des femmes était de (62,5 %). F. Guibal et al [5] en France en 2009 ont eu également le même résultat (56%). Par contre Achour à Dakar en 2012 [9] avait noté une fréquence égale dans les deux sexes. Cette prédominance féminine est probablement en rapport avec une plus grande gêne esthétique exprimée par les femmes.

- **L'âge**

Dans notre étude, la moyenne d'âge était de 47,64ans avec des extrêmes de 6 et 84 ans. La tranche d'âge de 40-69 ans était majoritaire, représentant 49,50% de notre série. Des études faites au Maroc et en Tunisie [16, 17] ont aussi rapporté une prévalence élevée chez les patients âgés de plus de 40 ans.

Par contre, Seck et al. avaient montré que 50,7 % patients étaient âgés de moins de 40 ans.

- **La profession**

En ce qui concerne la profession, on notait que les ménagères étaient plus nombreuses représentant 31,87% de l'effectif total suivies des étudiants à 20,88%. Nos résultats sont légèrement superposables aux données d'une enquête réalisée en Inde [18] où les femmes au foyer constituaient 45,7% et les étudiants 27,1%. Cette prédominance des ménagères serait liée au fait qu'elles sont fréquemment exposées aux facteurs de risque en rapport avec leurs activités quotidiennes.

- **Les soins des ongles**

Concernant les soins des ongles, nous avons noté que seulement 3,92% des patientes utilisaient des vernis à ongle. Les soins de pedicure et manucure se faisaient en ambulatoire chez 6,6% de patients contrairement à l'étude de Kiki B. et al. [8] en Côte d'Ivoire où le pourcentage était élevé jusqu'à 55,1%. Concernant le port de chaussures, 63,73% utilisaient des chaussures ouvertes. Le faible taux d'utilisation des vernis à ongle serait lié à la prévalence élevée des personnes agées dans notre étude car à un certain âge certaines pratiques tendent à être abandonnées. Cette raison pourrait aussi expliquer le faible taux d'utilisation des services des soins des ongles en ambulatoire. Concernant le port de chaussures fermées ceci pourrait être lié au climat souvent chaud à Dakar et aux habitudes vestimentaires.

### **Les Antécédants et le terrain**

Les patients avaient un terrain ou une maladie chronique dans 52,74% et dont la grande partie était représentée par les connectivites. L'atopie était le terrain le plus fréquent avec un pourcentage de 17,58% suivi des connectivites. Les anomalies unguérales sont fréquentes au cours des connectivites et elles sont d'une importance capitale puisqu'elles peuvent être leur signe de début ou témoigner d'une évolutivité ou d'une gravité de la maladie.

Parmi les patients, 16,5% suivaient un traitement au long cours et la plupart étaient sous une corticothérapie seule ou en association avec d'autres produits.

## **2.3. Les données cliniques**

- **Motif de consultation**

Les patients ont consulté pour deux motifs soit d'emblée pour une atteinte unguéale, soit pour des lésions cutanées et l'examen systématique des ongles a découvert fortuitement les lésions unguérales.

Dans notre étude les patients ont consulté pour des lésions cutanées et seulement 44,0% avaient pour motif de consultation une atteinte des ongles. Nos résultats

sont largement inférieurs de ceux de A.O Belkacem [13] et Alejandra Iglesias [15] respectivement de 68,2% et 59%.

- **La topographie**

L'atteinte concomitante des pieds et des mains était la plus fréquente avec un pourcentage de 37,4% suivi de la localisation au niveau des mains (35,2%). Ceci contraste avec le délai de consultation assez long chez la plupart des patients ainsi que le nombre élevé des pathologies chroniques responsables de ces anomalies.

- **Les signes associés**

Dans notre étude, 80,21% des patients ont présenté en plus des modifications unguérales des signes cliniques associés (dermatologiques ou autres). A.O Belkacem avait aussi noté l'association des signes extra unguéraux mais à un pourcentage plus bas que le nôtre (46,5%).

Parmi les signes cutanés associés aux modifications unguérales les lésions érythémato squameuses, les péri onyxis et les lésions d'intertrigo inter orteil étaient les plus retrouvées dans 52,53 % des cas. Ceci semble être lié à la fréquence de l'eczéma, du psoriasis et des dermatophytoses associées dans notre série.

Ces signes cutanés associés avaient un intérêt majeur lorsqu'ils accompagnaient les atteintes unguérales, car ils facilitent et orientent le diagnostic des onychopathies sans recours aux explorations paracliniques.

## **2.4. Données para cliniques**

Les pourcentages des patients ayant pratiqué des examens complémentaires étaient faibles et ceci ne reflète pas les réalités habituelles. Ce faible taux serait lié à la fréquentation depuis l'avènement de la pandémie du COVID 19.

- **Examen mycologique**

L'examen mycologique était pratiqué chez 19 patients (20,9%) surtout devant la suspicion d'onychopathie infectieuse d'origine mycosique ou inflammatoire lorsqu'elle était isolée.

L'examen mycologique direct était positif chez 9 patients (47, 37%).

Concernant les résultats de l'examen direct, les levures étaient prédominantes chez 66,67% des patients et dans 22,22% une association de levures et de dermatophytes.

Nos résultats sont légèrement superposables à ceux obtenus par Seck en 2014, où les dermatophytes étaient observées dans 37,98 % des cas, les levures dans 59,06 % et les moisissures représentaient 3,02 % [11]. Par contre nous n'avons pas objectivé des moisissures. Selon une étude Européenne (projet d'Achilles) les onychomycoses à moisissures occupent une place mineure avec 5,7% des cas en Pologne [19] et 3,2% de cas en Italie [20].

La culture était positive chez 10 patients, soit une fréquence de 52,63%.

Concernant les espèces en cause, les plus isolées étaient le *Candida albicans* dans 60% (n=6) et l'association *Trichophyton soudanense* et *Candida albicans* dans 10% de cas (n=2).

Seck avait aussi noté que *Candida albicans* était l'espèce dominante avec 90,86 % des cas rencontrés et essentiellement au niveau des doigts. Parmi les dermatophytes le *Trichophyton rubrum* était l'espèce majoritaire dans 53,6 % de cas.

Ce phénomène pourrait s'expliquer d'une part par l'humidité fréquente des mains des femmes dues aux tâches ménagères et d'autre part par un souci d'esthétique (soins de macucures répétés et agressifs) entraînant de microtraumatismes des ongles [21].

- **La biopsie unguéale**

La biopsie unguéale a été pratiquée chez une patiente (1,10%) au niveau du 4<sup>e</sup> ongle de la main gauche chez qui on ne notait que des lésions unguérales isolées.

L'examen de la pièce biopsique a été complété par un examen mycologique qui a permis d'isoler le trichophyton soudanense.

La biopsie unguéale complète l'exploration lorsque l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens para cliniques usuels ne permettent pas d'aboutir à un diagnostic précis. Elle fournit un diagnostic que si l'échantillon a été prélevé au site pathologique. De technique simple, elle ne devrait pas rebuter le praticien, le risque dystrophique n'existant que dans le prélèvement matriciel proximal [22, 23].

### **III. ASPECTS ETIOLOGIQUES DES ONYCHOPATHIES**

Les pathologies infectieuses étaient représentées par les onychomycoses et la maladie de Kaposi.

Les onychomycoses représentaient la première étiologie des onychopathies (41,75%) dans notre étude. Nos données rejoignent celles de la littérature où les onychomycoses sont la principale cause d'onychopathies dont elles constituent 50 % des étiologies. Leur prévalence dans la population générale varie de 2 à 26,9 % en fonction des études publiées [5, 24].

Nos fréquences sont supérieures à celles d'A.O Belkacem qui avait objectivé les étiologies infectieuses dans l'ordre de 33,7 %. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les pathologies unguérales d'origine infectieuse chez l'enfant sont rares. Ceci est attribué à plusieurs facteurs : structure très fine de la tablette unguéale, moindre exposition aux traumatismes et la rapidité de la repousse unguéale [25].

Nous avons enregistré un nombre plus élevé de femmes. Ce constat a été aussi fait par S. Maimouna à Dakar en 2014[26].

La localisation au niveau des ongles des doigts était plus fréquemment rencontrée. Seck et Maimouna ont aussi constaté que les atteintes au niveau des ongles des mains étaient fréquentes dans 62,7% et 73,57%. Ces résultats peuvent s'expliquer par la négligence des patients pour ce type d'affection qui

ne fait pas mal et ne se voit pas surtout lorsqu'elle est localisée au niveau des pieds [27, 28, 29].

Cependant dans l'atteinte des ongles des pieds et dans l'atteinte mixte nos résultats diffèrent.

Au cours de notre étude nous avons objectivé chez 6 patients atteints de la maladie de Kaposi une mélanonychie totale des 20 ongles.

Le lichen représentait 8,8% des onychopathies dans notre série. Il s'agit d'une maladie inflammatoire cutanéo-muqueuse chronique au cours de laquelle, une atteinte unguéale survient dans 10% [30]. Dans notre série, il s'agissait de lichen unguéal isolé dans 25% et associé à une atteinte cutanée dans 75%. Par contre Achour avait constaté un lichen isolé dans w et associé à des lésions cutanées ou muqueuses dans 28,57% de cas.

Toutes les formes d'eczéma peuvent s'accompagner de manifestations unguéales, au premier rang desquelles vient la dermatite atopique. [31].

Chez les filles, l'allergie aux vernis à ongles ne se manifeste pas par une atteinte unguéale, mais par des lésions cutanées ectopiques (paupières, régions péribuccales, faces latérales du cou)

Dans notre étude, nous avons noté (08) cas de dermatite atopique avec atteinte unguéale qui correspond à une fréquence de 8,8% de l'ensemble des onychopathies et 40% des onychopathies inflammatoires. Les patients ont présenté en dehors des lésions unguéales des lésions érythémato-squameuses péri unguéales dans la plupart de cas.

Le psoriasis cutané avec atteinte unguéale était observé dans 20% de cas. Cette fréquence est inférieure aux données de la littérature. En effet l'atteinte unguéale est fréquente au cours du psoriasis et se rencontre à tous les âges. Elle touche environ 50 % (jusqu'à 78 %) [32] des adultes, et 10 % des enfants.

Parmi les causes liées aux connectivites nous avons colligé un pourcentage de 8,8% représenté par des patients atteints de lupus systémique et de sclérodermie systémique.

Les connectivites s'accompagnent fréquemment d'anomalies de l'appareil unguéal et tout particulièrement du repli sus-unguéal [33].

Les dystrophies unguérales observées sont le plus souvent en rapport avec les anomalies vasculaires (anomalies de la microcirculation, lésions de vascularite, syndrome de Raynaud), la résorption osseuse au cours de la sclérodermie. L'insuffisance vasculaire au long cours, comme dans la sclérodermie, favorise les paronychies et onycholyses à *Candida*.

L'ongle incarné représente 20% des consultations pour maladie du pied aux Etats-Unis [34]. C'est une pathologie spécifique des ongles du pied. Le premier orteil est le plus fréquemment atteint [24]. Dans notre série, nous avons noté un pourcentage important (8,8%). L'incarnation unguéale concernait surtout les sujets jeunes (âge moyen 33,5 ans) et une prédominance masculine, constaté aussi par Achour [9].

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

La pathologie de l'ongle constitue un des chapitres les plus complexes de la dermatologie et souvent peu connue de la plupart des médecins. Elle soulève de véritables problèmes de diagnostic, car elle recouvre de multiples étiologies avec assez souvent des aspects cliniques identiques.

L'appareil unguéal peut être altéré par des maladies dermatologiques infectieuses, inflammatoires, traumatiques, tumorales ou génétiques qui sont parfois inaugurales.

De toutes les onychopathies, les onychomycoses représentent entre 18 et 50 % des étiologies selon la plupart des études publiées

En Afrique subsaharienne, peu d'études sont réalisées concernant les pathologies de l'ongle.

Ceci a justifié cette étude prospective sur une période de 5 mois allant du 01 février au 30 juin 2021 au service de dermatologie de l'Hôpital Aristide le Dantec.

L'objectif était de déterminer les caractéristiques des onychopathies

Nous avons colligé 91 patients présentant des onychopathies ce qui correspond à une prévalence de 3,27%

Plus de la moitié des patients 56,0% (n=51) étaient des femmes avec un sex ratio (H/F) de 0,78.

L'âge des patients variait entre 6 et 84 ans avec une moyenne de 47,64 ans et un écart type de 20,145. La tranche d'âge la plus représentative était celle de 40-69 ans (49,50%).

Les ménagères étaient plus nombreuses (31,87%) suivies des élèves/étudiants (20,88%).

Concernant les antécédents personnels et le terrain 48 patients (52,74%), avaient un terrain ou une maladie chronique. L'atopie était le terrain le plus fréquent avec un pourcentage de 17,58%

On a noté que 44,0% de patients ont consulté d'emblée pour une atteinte unguéale ;

L'atteinte polydactylque était la plus fréquente dans notre série avec un pourcentage de 50,5%.

L'atteinte concomitante des pieds et des mains était la plus fréquente avec un pourcentage de 37,4%.

Parmi les lésions unguérales objectivées les onycholyses (25%) et les mélanonychies (22,43%) étaient les principaux signes présents.

Des signes cliniques étaient associés aux anomalies unguérales dans 80,21% et dominés par les lésions cutanées.

Un retentissement a été retrouvé chez 63,74% et il était majoritairement psychologique 58,62% ;

L'examen mycologique était réalisé chez seulement 20,9% de patients et était positif chez 47, 37%.

Les levures étaient fréquemment mises en évidence (66,67%) et *Candida albicans* était le principal germe.

La biopsie unguéale a été réalisée chez une seule patiente soit 1,10% ;

Les onychomycoses étaient les plus fréquentes des étiologies et représentaient presque la moitié de l'échantillon (41,75%), elles étaient suivies des pathologies inflammatoires dans l'ordre de 21,97%.

## **RECOMMANDATIONS**

Vu le faible effectif des patients, la courte durée de l'étude et à défaut d'explorations complémentaires, nous recommandons ce qui suit:

La poursuite de cette étude avec la réalisation systématique des prélèvements mycologiques et des biopsies ;

La mise en place d'une consultation thématique permettant un diagnostic précis et une prise en charge adéquat ;

Favoriser les prélèvements mycologiques devant toute atteinte unguéale.

**REFERENCES  
BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Sophie Goettmann, Les messages clés en pathologie unguéale, Presse med, tome 43 N° 11, novembre 2014.
2. Emmanuelle Le Bride, Yves Pasquier Eric Esterie, Motif de consultation thématisée de la maladie unguéale : étude prospective, Presse médicale, tome 42 N° 01, Janvier 2013.
3. Sophie Goettmann. Pathologie unguéale. Encyclopédie médico-chirurgicale de dermatologie, 98-805-A-10, 2012.
4. Chabasse. D, Baran. R, Feuilhade De ChauvinM. Les onychomycoses: épidémiologie-étiologie. J Mycol Med 2000;138:811—6.
5. Guibal F, Baran R, Duhard E, Feuilhade M. Épidémiologie et prise en charge des onychopathies à priori d'origine mycosique en médecine générale. J Mycol Med 2009;19:185—90.
6. S. Nzenze Afène, E.B. Ngoungou, M. Mabika Mamfoumbi, M.K. Bouyou Akotet, I.M. Avome Mba, M. Kombila. Les onychomycoses au Gabon: aspects cliniques et mycologiques. J Mycol Med 2011; 21 : 248—255
7. Kouotou E.A, et al. Profil mycologique des onychomycoses vues en consultation de dermatologie à Yaoundé, Cameroun. J Mycol Med 2017 ; <http://dx.doi.org/10.1016/j.mycmed.2017.03.002>
8. Kiki-Barro PCM, et al. Profil mycologique des onychomycoses des mains chez les vendeurs de « Garba » à Abidjan (Côte d'Ivoire). J Mycol Med 2017,<http://dx.doi.org/10.1016/j.mycmed.2017.08.004>
9. Hanaa Achour. Onychopathies non mycosiques : étude prospective et analytique à Dakar. [Mémoire de Dermatologie] Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontologie; Université Cheikh Anta Diop de Dakar; 2012, N°615
10. Khady Diouf. Aspects épidémiologiques des onychomycoses diagnostiquées au laboratoire de parasitologie-mycologie du CHU de FANN. [Thèse de Pharmacie] Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontologie; Université Cheikh Anta Diop de Dakar; 2013, N°25

11. Seck, M. C., Ndiaye, D., Diongue, K., Ndiaye, M., Badiane, A. S., Sow, D., Ndir, O. (2014). Profil mycologique des onychomycoses à Dakar (Sénégal). *J Mycol Med* 24(2), 124–128.
12. Aneka Soorajee. Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des onychomycoses. Adaptation des stratégies selon l'origine géographique. *Sciences pharmaceutiques*. 2012. hal-01733616
13. A.O Belkacem. Evaluation clinique et étiologique des onychopathies chez l'enfant dans la wilaya de tizi-ouzou. [Thèse de médecine] Faculté de Médecine de Tizi-Ouzou; Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou; 2018
14. Ayse Akbas, Fadime Kilinc, Halil Ibrahim Yakut, Ahmet Metin.Nail Disorders in Children, A clinical Study.Hopital Ankara, Turkey, 2015, 149-154.
15. Alejandra Iglesias, Lourdes Tamayo, Cristina Sosa -de-in Pédiatric patients. Martinez, Carola Duran-Mckinster, Luz, Orozco-Covarrubias, Ramon Ruiz- Maldonado. Prévalence and nature of nail altérations. *Pédiatric Dermatology* Vol, 18 N°.2, 107-109, 2001.
16. Akammar S. Les onychomycoses : étude rétrospective et particularités chez les diabétiques.[Thèse de médecine] Faculté de Médecine et Pharmacie, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah; 2013: 27, No 65.
17. Sbay A. Épidémiologie des onychomycoses à l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V de Rabat. [Thèse de Pharmacie] Faculté de médecine et de pharmacie rabat, Université Mohamed V; 2010: 31, No 25.
18. Héra Tabassum , Mohamed Adil , Syed S. Amin, Mohd Mohtashim , Roopal Bansal , et Divya Agrawal. L'impact des onychopathies sur la qualité de vie : une étude transversale en milieu hospitalier. *Dermatol indien en ligne J* v.11(2) ; mars-avril 2020.
19. Richard K.Scher, C.Ralph Daniel III, *Onychologie; Diagnostic- Traitement – Chirurgie*: 2007

- 20.** Janusz I, Sysa-Jedrzejowska A, Zalewska. A. Epidemiology of onychomycosis in central Poland. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2007, 21 (5) : 704-705.
- 21.** Romano C, Gianni C, Difonzo EM. Retrospective study of onychomycosis in Italy:1985-2000. *Mycoses* 2005;48(1):42-44.
- 22.** Ndiaye .D, Sene P.D, Ndiaye J.L, Faye B, Ndir. O. Teignes du cuir chevelu diagnostiquées au Sénégal. *J mycol Med* 2009 ; 19 :262-269.
- 23.** Société française de dermatologie. Recommandations. Onycho-mycoses modalités de diagnostic et de prise en charge. *Ann Dermatol Venereol* 2007;134:S7—16.
- 24.** De Jong EM, Seegers B, Gulinck MK, Boezeman JB, van de Kerkhof PC. Psoriasis of the nails associated with disability in a large number of patients: results of a recent interview with 1728 patients. *Dermatology* 1996; 193 : 300-303
- 25.** Jean-Marie-Bonnet Blanc. Troubles des phanères : Onyxis aout 2012 P209-P212.
- 26.** S. Maimouna. Profil épidémiologique et mycologique des onychomycoses diagnostiquées à Dakar de 2008 à 2012. [Thèse de Pharmacie] Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontologie; Université Cheikh Anta Diop de Dakar; 2014, N°46
- 27.** Elewski B, Charif M. Prevalence of onychomycosis in patients attending a dermatology clinic in Northeastern Ohio for other conditions. *Arch Dermatol* 1997;133:1172—3.
- 28.** Pierard G. Onychomycosis and other superficial fungal infections of the foot in the elderly: a pan-european survey. *Dermatology* 2001;202:220—4.
- 29.** Grillot R. Les mycoses humaines : démarche diagnostique. 1996;78:86.
- 30.** Goettmann S., Zaraa I., Moulouquet I. Caractéristiques cliniques du lichen unguéal : 58 cas. *Ann. Dermatol. Venereol.*;2005 ;132 :9S71-9S79

31. Mortimer PS, Dawber RP. Dermatologic diseases of the nail unit other than psoriasis and lichen planus. *Dermatol Clin* 1985 ; 3 : 401-407
32. Tham SN, Lim JJ, Tay SH et al. Clinical observations on nail changes in psoriasis. *Ann Acad Med Singapore* 1988 ; 17 : 482-485
33. Fanti PA, Tosti A, Morelli R, Galbiati G. Nail changes as the first sign of systemic amyloidosis. *Dermatologica* 1991 ; 183 : 44-46
34. Le Bidre E., Pasquier Y., Estève E. Motifs de consultation thématisée de maladie unguéale : étude prospective. *Presse med.*; 2012 : 1882-1887

## **ANNEXE**

# **FICHE D'ENQUETE: les onychopathies au service de dermatologie du CHU Aristide Le Dantec**

Date: ..... / ..... / .....

## **I. ANAMNESE**

### **A. Etat civil**

Sexe :  Féminin

Masculin

Age (en années) .....

<10 ans , 11-25 ans , 26-40 ans , 41- 65 ans , > 65 ans

Statut : hospitalisé

ambulatoire

Profession : .....

Elève/étudiant , fonctionnaire , commerçant , ouvrier ,

Ménagère/femme de ménage , retraité , sans profession

Motif d'entrée: lésions cutanées  lésions unguéales

### **B. Antécédents personnels et terrains**

**Médicaux :** Diabète  HTA  Connectivite  (préciser) HIV

Atopie  Néoplasie  pathologies unguéales dans la famille

Autres .....

Traitements en cours .....

### **Habitudes et mode de vie**

Habitudes cosmétiques :

Utilisation de vernis à ongle oui  Non

Lieu de pédicure et manucure :

Domicile  Institut de beauté  Ambulants

Port de chaussures: fermées  mixtes  ouvertes

Autres: (préciser).....

## II. CLINIQUE

Délai d'évolution (mois/année).....

<1 an , 1-5ans , 6-10ans , >10ans

## Examen dermatologique :

## **Lésions élémentaires des ongles**

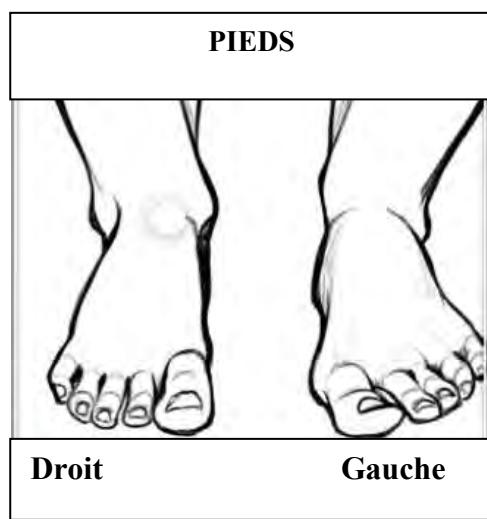
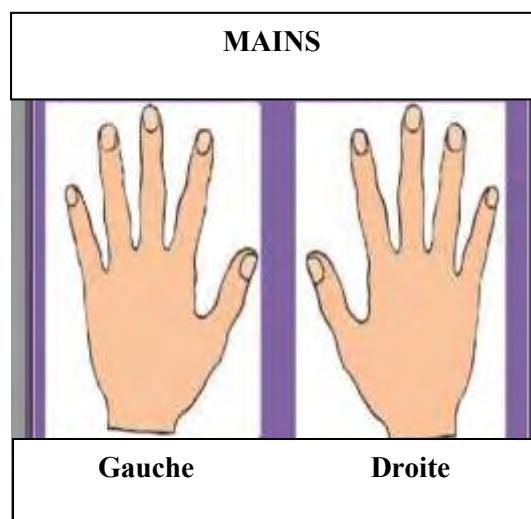
Onycholyse □ Pachyonychie □ Trachyonychie □

Onychomadèse □ Dépression ponctuée □ ptérygion □

Mélanonychie ☐ Leuconychie ☐ Hyperkératose sous unguéale ☐

Autres .....

## Topographie



## Main □

Pied

Mixte

Nombre d'ongles atteints.....

Type d'atteinte : monodactylique  paucidactylique  polydactylique

Structures atteintes:

Forme  épaisseur  surface  tissus péri unguéaux  attaches  couleur

### **Signes cutanés**

Péryonyxie  Macules hyperchromiques  Nodules

Lésions érythémato squameuses  Macules hypochromiques

Bulles  Lymphœdème  Sclérose cutanée

Croutes  Lésions intertrigo  Papules

Autres.....

### **Lésions des muqueuses**

Erosions  Erythème  Bulles

Autres:.....

Signes extra dermatologiques.....

.....  
.....  
.....

Retentissements : Psychologiques  Fonctionnels

## **III. PARACLINIQUE**

### **Mycologie**

- Examen direct

Positif  Négatif

Si positif préciser présence:

Filaments  levures  capsules

- Culture

Isolement : positif  négatif

Si positif préciser le germe.....

**Biopsie unguéale (préciser les résultats).....**

**Autres examens :**

**IV. Diagnostic retenu de l'onychopathie**

Dermatose inflammatoire, (préciser) .....

Dermatose infectieuse, (préciser).....

Dermatose tumorale, (préciser).....

Maladie auto immune (préciser).....

Autres : (préciser).....