



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Acanthome du lit

Nail unit longitudinal acanthoma

R. Baran^a, I. Moulouguet^{b,*}, G. Cannata^c

^a *Nail diseases center, Cannes, France*

^b *Cabinet de dermatopathologie Mathurin, 35, avenue Mathurin Moreau, 75019 Paris, France*

^c *Département de dermatologie, hôpital civil, Imperia Ligurie, Italie*

MOTS CLÉS

Acanthome longitudinal du lit ;
Kératose sous-unguéale ;
Matricome onychocytique ;
Tumeur de l'ongle

Résumé L'acanthome du lit est une tumeur épithéliale bénigne de la matrice distale et du lit, proche des cas rapportés sous les termes de kératose sous-unguéale, kératose séborrhéique ou matricome onychocytique. Il se manifeste comme une mélanonychie longitudinale associée à un épaissement de la tablette ou une leucoxanthychie, bien plus rarement comme une érythromélanonychie ou une érythroloxanthychie. Nous pensons que ces lésions appartiennent toutes au même spectre. Le terme d'acanthome longitudinal nous paraît le mieux adapté car il décrit un processus clinico-pathologique. L'aspect clinique variable des lésions est sans doute lié à leur site anatomique exact au sein de l'épithélium de l'appareil unguéal.

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Nail unit longitudinal acanthoma;
Subungual keratosis;
Onychocytic matricoma;
nail tumor

Summary Nail unit longitudinal acanthoma is a benign epithelial proliferation of the distal matrix and nail bed quite similar to other cases reported as longitudinal keratosis, seborrheic keratosis or onychocytic matricoma. Certain of the lesions are characterized by a longitudinal streak with localized nail-plate thickening while others present as leukoxanthychia and nail thickening. Erythromelanonychia or erythroloxanthychia are possible but very rare. We consider all these tumors to belong to a single spectrum of diseases. To avoid confusion, we propose to call them nail unit longitudinal acanthoma, which describes a histopathological process. The distinct clinical features of these tumors, leukoxanthychia or melanonychia may be linked to their variable anatomic locations in different zones of the nail unit.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : imoulouguetmichau@gmail.com (I. Moulouguet).

<https://doi.org/10.1016/j.fander.2022.07.012>

2667-0623/© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

L'acanthome longitudinal du lit est une tumeur épithéliale bénigne de la matrice distale et du lit proche des cas rapportés sous les termes de kératose sous-unguéale [1], kératose séborrhéique ou matricome onychocytaire. Il est important de connaître cette lésion qui ne semble finalement pas si rare.

Historique

Cette entité a été rapportée pour la première fois en 1999 sous le terme de kératose sous-unguéale du lit [1]. L'aspect clinique était celui d'une mélanonychie longitudinale avec un épaississement de la tablette. Histologiquement, les lésions étaient décrites comme « un acanthome pigmenté du lit avec un aspect rappelant celui d'une kératose séborrhéique ».

Plusieurs cas de tumeurs bénignes d'aspect voisin ont ensuite été publiés sous les dénominations de kératose sous-unguéale ou de kératose séborrhéique, avec cliniquement une mélanonychie associée à un épaississement de la tablette comme les 2 cas initiaux. Bon-Mardion et al. ont rapporté en 2010 une présentation clinique différente de cette lésion avec une leucoxanthychie longitudinale et en dermatoscopie, la présence au sein de cette leucoxanthychie de pseudo-kystes de milium et d'hémorragies filiformes [2]. Histologiquement, il s'agit également d'une tumeur bien limitée de la matrice distale et du lit faite de cellules basaloïdes avec des images d'enroulements cellulaires et des kystes cornés.

En 2012, Perrin et al. [3] ont publié 5 cas de « matricome onychocytaire ». Ces auteurs utilisent le terme de « pachymélanonychie » pour décrire les deux caractéristiques cliniques de la lésion, à savoir un épaississement localisé de la tablette et une mélanonychie. L'aspect histologique est, là encore, celui d'une prolifération de cellules basaloïdes comportant des kystes cornés rappelant ceux d'une kératose séborrhéique. Pour les auteurs, ces kystes diffèrent de ceux d'une kératose séborrhéique car ils sont composés de cellules claires de la zone prékératogène, avec des images en bulbe d'oignon centrées par des zones éosinophiles de la zone kératogène, ce qui les différencierait des kératoses sous unguéales. Ce terme de matricome onychocytaire a secondairement été utilisé dans diverses publications.

En 2018, nous avons rapporté 3 cas en les comparant avec ceux de la littérature: compte-tenu des similarités cliniques et histologiques de ces différentes lésions, il nous semble qu'elles appartiennent au même spectre avec deux aspects cliniques de mélanonychie ou de leucoxanthychie. Nous avons alors souligné la similitude histologique de ces différentes observations et proposé le terme d'acanthome longitudinal du lit [4]. Leur présentation clinique différente pourrait dépendre de leur localisation au sein de l'épithélium de l'appareil unguéal [5]. Enfin, plus récemment un cas d'érythro-leucoxanthychie [6] et un cas d'érythromélanonychie avec une tâche rouge-brun à la base de l'ongle se poursuivant par une fine bande brun-rougeâtre [7] ont été décrits.

Clinique

Comme vu précédemment, trois aspects sont possibles :

- il peut s'agir d'une mélanonychie longitudinale allant du repli proximal jusqu'à la partie distale du lit, en regard d'une tablette épaissie (Fig. 1a). Parfois, il existe un intervalle libre, la mélanonychie ne commençant qu'à la lunule (Fig. 1b). La lésion peut atteindre tout l'ongle avec un aspect de mélanonychie totale, conduisant à suspecter une maladie de Bowen pigmentée ou un mélanome [8] ;
- il peut s'agir d'un épaississement jaunâtre de la tablette réalisant une leucoxanthychie longitudinale (Fig. 1c) avec présence de petites formations jaunâtres ou blanchâtres parfois décrites comme des pseudo-milium ;
- beaucoup plus rarement, il s'agit d'une érythromélanonychie ou d'une érythroleucoxanthychie.

La dermatoscopie met en évidence des lignes irrégulières sur fond brun, dans la forme à type de mélanonychie ou objective la leucoxanthychie dans cette autre forme. Elle trouve des hémorragies filiformes ou globuleuses et des mottes rondes blanches correspondant aux pseudo-kystes cornés observés histologiquement. Ces éléments qui simulent des kystes milium peuvent d'ailleurs être vus en dermatoscopie frontale [9].

Histopathologie

L'aspect histologique est identique dans ces différentes formes et caractéristique : il s'agit d'une prolifération intra épithéliale régulière de cellules basaloïdes de petite taille sans atypie avec des images d'enroulements cellulaires et des formations kératinisantes. On peut trouver une discrète hyperplasie mélanocytaire mais sans vraie prolifération (Fig. 2a et b). Des petits kystes cornés peuvent être observés (Fig. 2c).

Diagnostic différentiel

Dans les 3 formes cliniques d'AL, il se pose avec le carcinome épidermoïde in situ ou invasif, l'onychopapillome et l'onychomatricome et de plus avec le mélanome dans la forme à type de mélanonychie longitudinale. C'est parfois seulement l'histopathologie qui permettra de rectifier le diagnostic.

L'onychopapillome est une tumeur bénigne du lit, prenant souvent l'aspect d'une érythronychie longitudinale mais une mélanonychie longitudinale ou une leuconychie sont possibles. L'existence d'une hyperkératose filiforme distale permet souvent d'en porter le diagnostic mais elle peut avoir été coupée par le patient. Une onycholyse distale, des hémorragies filiformes et une fracture de la tablette doivent être recherchés. L'aspect histologique est celui d'une acanthose avec papillomatose de la matrice distale et du lit avec métaplasie matricielle associées à un foyer d'hyperkératose distale.

L'onychomatricome est une tumeur fibroépithéliale bénigne de la matrice proximale de l'ongle. Cliniquement, il s'agit d'une leuconychie longitudinale avec hypercourbure transversale et longitudinale et hyperstriation. Il s'y associe

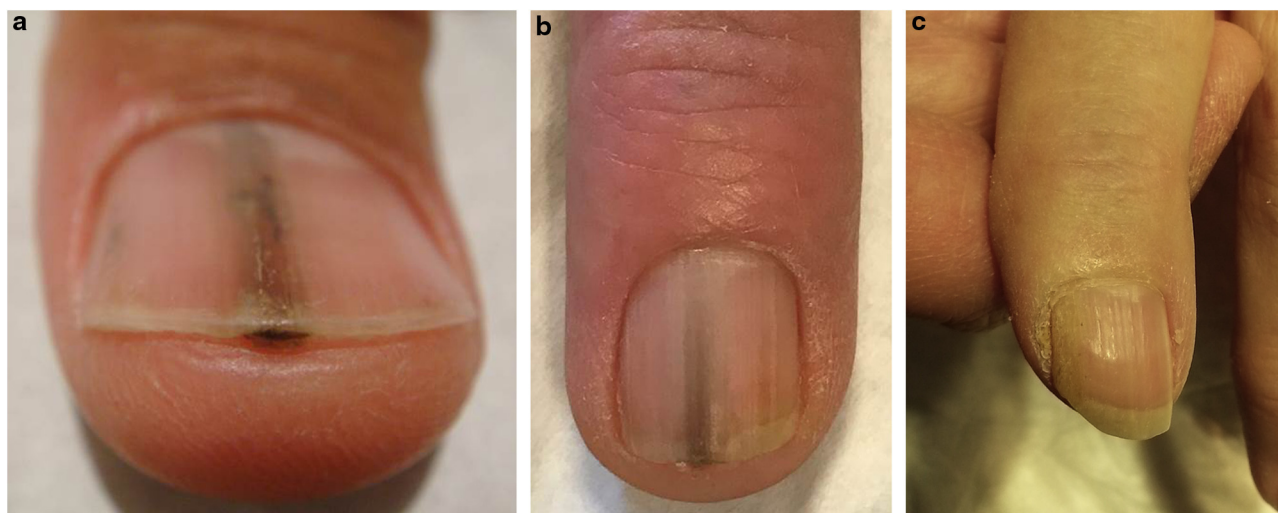


Fig. 1. A. Mélanonychie débutant à la cuticule et allant jusqu'au bord libre de l'ongle avec épaissement de la tablette. B. Mélanonychie débutant sur le repli proximal du pouce gauche et allant jusqu'au bord libre de l'ongle. C. Leucoxanthychie de l'index gauche.

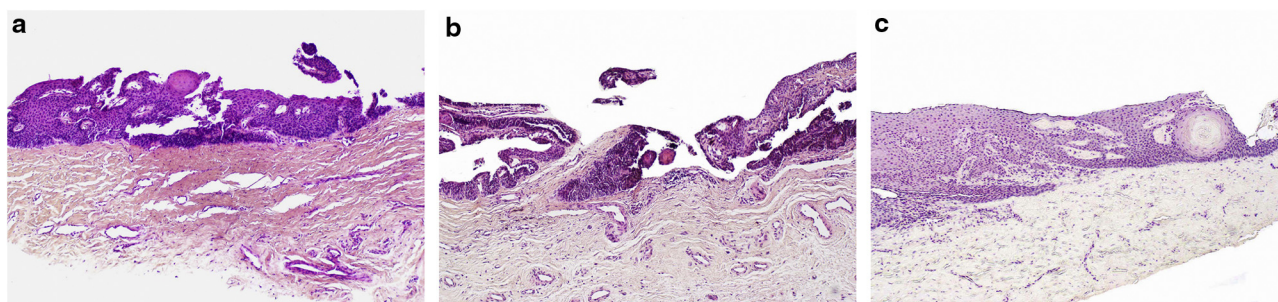


Fig. 2. A. Prolifération de cellules basaloïdes. B. Prolifération de cellules basaloïdes. C. Prolifération de cellules basaloïdes avec présence d'un kyste corné.

des hémorragies filiformes proximales. L'examen dermatoscopique montre une coloration jaunâtre de la tablette et des hémorragies filiformes. Histologiquement, on trouve des digitations matricielles s'enfonçant dans un stroma richement fibroblastique.

Le carcinome épidermoïde est la tumeur maligne la plus fréquente de l'ongle. Cliniquement, il s'agit d'une lésion volontiers suintante, verruqueuse hyperkératosique, avec onycholyse et destruction de la tablette. Sur le plan histologique, il s'agit d'une prolifération de kératinocytes atypiques, à noyaux pléomorphes et hyperchromatiques, à cytoplasme éosinophile avec souvent des signes d'infection à HPV.

Traitement

Il est chirurgical avec une excision tangentielle respectant le derme matriciel. Des récurrences sont possibles [4].

Conclusion

L'acanthome du lit est une tumeur bénigne développée à partir du lit ou de la matrice distale. Il peut prendre deux aspects cliniques principaux : une mélanonychie avec

épaississement de la tablette ou une leucoxanthychie. Beaucoup plus rarement, il s'agit d'une érythromélanonychie ou d'une érythroleucoxanthychie. L'aspect histologique est caractéristique avec une prolifération de cellules basaloïdes comportant des formations kératinisantes. Ces lésions sont sans doute moins rares qu'il n'y paraît car nous avons eu l'occasion d'en voir plusieurs cas sur le plan histologique [10].

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Baran R, Perrin C. Linear melanonychia due to subungual keratosis of the nail bed: a report of two cases. *Br J Dermatol* 1999;140:730–3.
- [2] Bon-Mardion M, Poulalhon N, Thomas L. Ungual seborrheic keratosis. *J Eur Dermatol Venereol* 2010;24:1102–11.
- [3] Perrin C, Cannata GE, Bossard C, et al. Onychocytic matricoma presenting as pachymelanonychia longitudinal. A new entity (report of five cases). *Am J Dermatopathol* 2012;34:54–9.
- [4] Baran R, Moulonguet I, Goettmann-Bonvallot S, et al. Longitudinal subungual acanthoma: one denomination for

- various clinical presentations. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018;32:1608–13.
- [5] Spaccarelli N, Wanat KA, Miller CJ, et al. Hypopigmented onychocytic matricoma as a clinical mimic of onychomari-coma: clinical, intraoperative and histopatologic correlations. *J Cutan Pathol* 2013;40:591–4.
- [6] El-Komy MHM, Gaballa B, Abdel-Halim MRE. Longitudinal Erythro-Leukoxanthonychia Developing after PUVA Therapy. *Skin Appendage Disord* 2022;8:165–8.
- [7] Zabolinejad N, Meibodi NT, Razmyar M, et al. Subungual sebor-rhoic keratosis. *Australas J Dermatol* 2018;59:e217–8.
- [8] Kusutani N, Kamo R, Sowa-Osako J, et al. Onychocytic matricoma as an underrecognized benign mimicker of subun-gual malignant melanoma and Bowen's disease. *J Dermatol* 2017;44:e73–4.
- [9] Stinco G, Errichetti E, Patrone P. Ungual seborrhoeic kerato-sis: report of a case and its dermoscopic features. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016;30:481–3.
- [10] Baran R, Moulonguet I, Cannata G. Longitudinal subungual acanthoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022;36:e287–8.