



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



FICHE THÉMATIQUE / PATHOLOGIE UNGUÉALE

Le carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal



Squamous cell carcinoma of the nail apparatus

P. Lecerf^{a,b,c,d}, B. Richert^{a,*,b,c,d}, J. André^{a,b,c,d}

^a Département de dermatologie, CHU Brugmann, place Van Gehuchten 4, 1020 Bruxelles, Belgique

^b Département de dermatologie, CHU Saint-Pierre, rue Haute 322, 1000 Bruxelles, Belgique

^c Département de dermatologie, hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola, avenue Jean-Joseph Crocq 15, 1020 Bruxelles, Belgique

^d Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique

Reçu le 11 septembre 2013 ; accepté le 21 octobre 2013

Disponible sur Internet le 6 décembre 2013

Clinique

Le carcinome épidermoïde, également appelé carcinome spinocellulaire, est la néoplasie la plus fréquente de l'appareil unguéal [1,2]. Le carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal (CEAU) atteint plus fréquemment l'homme (dans 50 à 75 % des cas), d'âge moyen, avec une incidence maximale entre 50 et 69 ans [3,4]. Il survient majoritairement aux doigts et très rarement aux orteils [1,3,4]. Le rayon digital le plus souvent touché est discuté : selon certaines séries, c'est le pouce de la main gauche, selon d'autres, le majeur de la main droite [1,3–5]. La plus large étude rétrospective a montré que l'index et le majeur droits étaient préférentiellement touchés. L'atteinte est monodactylique mais des CEAU polydactyliques ont été rapportés [4,6]. La tumeur touche le lit unguéal dans 57 % des cas et le paronychium dans 32 % des cas. L'atteinte des deux structures s'observe dans 11 % des cas [4].

Le diagnostic est tardif pour deux raisons principales : l'affection évolue lentement, est indolore et les patients

attendent de nombreuses années avant de consulter un médecin (en moyenne 6 ans) [4,7] ; les présentations cliniques sont multiples et trompeuses.

L'aspect verruqueux est le plus fréquent (Fig. 1). Il est observé dans environ 61 % des cas dont 11,8 % sont associés à une mélanonychie longitudinale (Fig. 2) et 2 % à un suintement. D'autres présentations plus atypiques peuvent être observées : onycholyse (Fig. 3), hyperkératose sous- ou péri-unguéal (Fig. 4), périonyxis, ulcération du lit (Fig. 5), suintement (Fig. 6), destruction de la tablette unguéale (Fig. 7), bourgeonnement (Fig. 7 et 8), leuconychie, mélanonychie longitudinale, érythronychie longitudinale [4].

Facteurs de risques

Différents facteurs de risques ont été associés aux CEAU (traumatismes, radiations ionisantes, arsenic, pesticides, dyskératose congénitale) mais c'est principalement le rôle des Papillomavirus humains (HPV) oncogènes qui est maintenant incriminé. Le type 16 est observé dans la majorité des cas, mais d'autres sous-types ont été identifiés (2, 11, 18, 26, 31, 34, 35, 56, 58 et 73) [1,3,8]. L'origine virale expliquerait la plus grande fréquence des lésions sur l'index et le

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bertrand.richert@chu-brugmann.be (B. Richert).



Figure 1. Carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal (CEAU) in situ – aspect verruqueux : hyperkératose sous-unguéal soulevant distalement la tablette unguéale.

majeur, chez les hommes, par transmission génito-digitale. Il sera intéressant d'observer l'impact des vaccinations anti-HPV sur l'incidence du CEAU.

Diagnostic différentiel

Le CEAU est un grand simulateur et est souvent diagnostiqué à tort comme verrue vulgaire (Fig. 1 et 9), onychomycose (Fig. 10), paronychie chronique, eczéma, mélanome (Fig. 7 et 11), kératoacanthome sous-unguéal, exostose sous-unguéal, dystrophie unguéale post-traumatique, fibrokératome (Fig. 12), ou onychomatricome [1,4,9,10]. Ceci explique que de nombreux traitements locaux inefficaces sont souvent entrepris avant que le diagnostic exact ne soit posé.



Figure 2. Carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal (CEAU) in situ – hyperkératose sous-unguéal latérale associée à une mélanonychie longitudinale.



Figure 3. Carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal (CEAU) invasif – discrète onycholyse associée à un suintement.

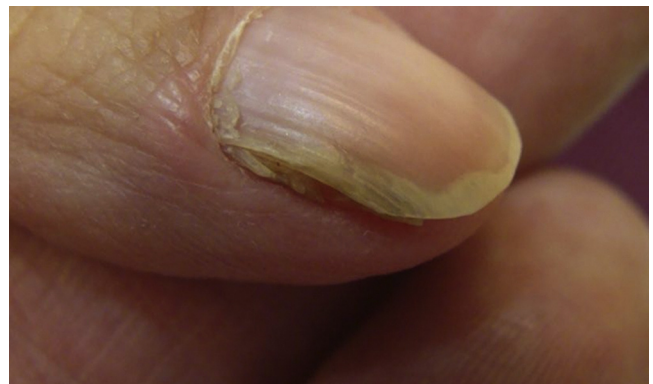


Figure 4. Carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal (CEAU) invasif – hyperkératose sous-unguéal du bord latéral de la tablette unguéale.



Figure 5. Carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal (CEAU) invasif – ulcération du lit unguéal et destruction complète de la tablette unguéale.



Figure 6. Carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal (CEAU) invasif – suintement disto-latéral.



Figure 7. Carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal (CEAU) invasif – bourgeonnement du lit, destruction complète de la tablette unguéale et suintement.



Figure 8. Carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal (CEAU) invasif – bourgeon charnu du lit de l'ongle visualisé après découpage de la tablette.



Figure 9. Carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal (CEAU) in situ mimant une verrue vulgaire du repli unguéal latéral.



Figure 10. Carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal (CEAU) in situ mimant une onychomycose (hyperkératose du lit, xanthonychie et onycholyse).



Figure 11. Carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal (CEAU) in situ mimant un mélanome acral, avec mélanonychie totale et hyperkératose sous-unguéale.



Figure 12. Carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal (CEAU) in situ mimant un fibrokératome sous-unguéal acquis.

Histopathologie

Le CEAU se caractérise par une prolifération de kératinocytes atypiques. Il a un aspect identique à celui du carcinome épidermoïde cutané. Quand la prolifération kératinocytaire maligne est limitée à l'épithélium de l'appareil unguéal, on parle de CEAU in situ ou de maladie de Bowen (Fig. 13 et 14). L'effraction de la membrane basale de l'épithélium définit le CEAU invasif (Fig. 15). La présence d'une parakératose et d'une hypergranulose associée à des images de vacuolisation périnucléaire au sein des kératinocytes superficiels suggère une origine HPV (Fig. 14) [11]. Bien que la biopsie à visée diagnostique puisse révéler un CEAU in situ, l'analyse de l'exérèse complète de la tumeur peut révéler des foyers invasifs. Il est parfois difficile de déterminer si les lobules tumoraux franchissent ou non la membrane (foyers micro-invasifs). La coloration au PAS peut alors être utilisée pour mieux visualiser la membrane basale [4].

Imagerie médicale

La radiographie de la phalange est impérative à la recherche d'une éventuelle atteinte osseuse. Sa présence modifiera radicalement la prise en charge.

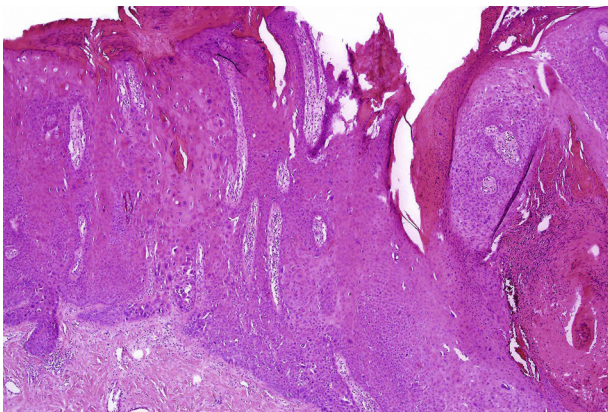


Figure 13. Carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal (CEAU) in situ. À faible grossissement : acanthose marquée avec désorganisation architecturale au sein de l'épithélium.

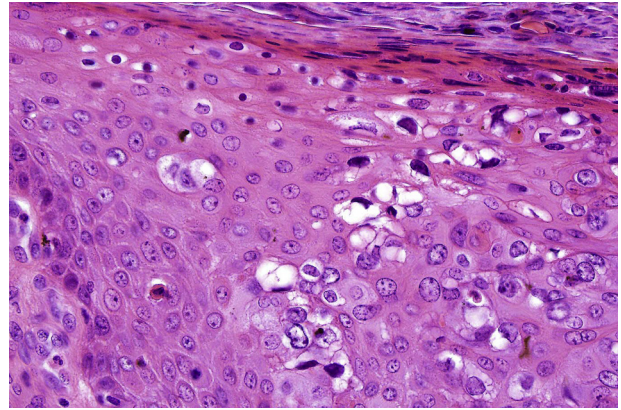


Figure 14. Carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal (CEAU) in situ. Cellules dyskératosiques, kératinocytes atypiques avec noyau hyperchromatique. La vacuolisation périnucléaire suggère une origine virale (HPV).

Pronostic

Une maladie de Bowen cutanée non traitée évolue dans 2 à 5 % des cas vers un CE invasif [8]. Le pourcentage de CEAU in situ évoluant en CEAU invasif n'est pas connu. Une invasion osseuse surviendrait dans 18 à 60 % des CEAU invasifs [12]. Le pronostic d'un CEAU in situ ou invasif est très bon : seuls sept cas de métastases à distance et 3 décès ont été décrits [4].

Traitement

Le traitement recommandé pour un CEAU in situ ou invasif est une chirurgie conservatrice avec exérèse complète de la tumeur, si possible par chirurgie de Mohs. Si une atteinte osseuse est objectivée à l'imagerie, l'amputation de la phalange distale est indiquée [1,2,4,7,13]. Le taux de récurrence est élevé lorsqu'une autre procédure que la chirurgie de Mohs est pratiquée (28,5 % à 56 %) [4].

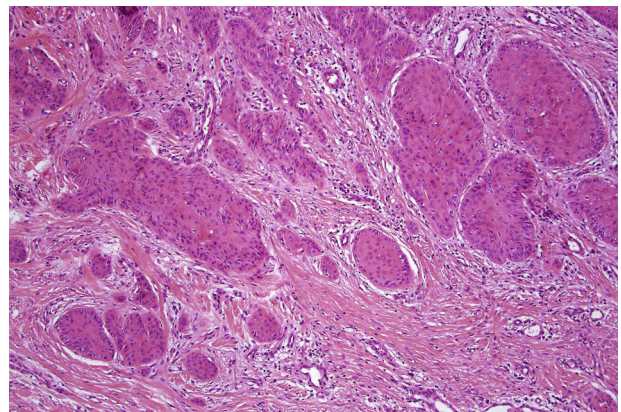


Figure 15. Carcinome épidermoïde de l'appareil unguéal (CEAU) invasif. Lobules carcinomateux épidermoïdes envahissant le derme du lit unguéal.

Message-clé

Le premier diagnostic évoqué par les médecins non rompus à la pathologie unguéale face à un CEAU est une verrue vulgaire. Il ne faut pas hésiter à biopsier toute lésion chronique monodactylique de l'appareil unguéal chez l'adulte ne répondant pas aux traitements, d'autant plus que la biopsie d'un CEAU est un acte technique simple qui assoit le diagnostic.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Mikhail GR. Subungual epidermoid carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1984;11:291–8.
- [2] Zaiac MN, Weiss E. Mohs micrographic surgery of the nail unit and squamous cell carcinoma. *Dermatol Surg* 2001;27:246–51.
- [3] Riddel C, Rashid R, Thomas V. Ungual and periungual human papillomavirus-associated squamous cell carcinoma: a review. *J Am Acad Dermatol* 2011;64:1147–53.
- [4] Lecerf P, Richert B, Theunis A, André J. A retrospective study of squamous cell carcinoma of the nail unit diagnosed in a Belgian general hospital over a 15-year period. *J Am Acad Dermatol* 2013;69:253–61.
- [5] Dalle S, Depape L, Phan A, Balme B, Ronger-Savle S, Thomas L. Squamous cell carcinoma of the nail apparatus: clinicopathological study of 35 cases. *Br J Dermatol* 2007;156:871–4.
- [6] Baran R, Gormley D. Polydactylous Bowen's disease of the nail. *J Am Acad Dermatol* 1987;17:201–4.
- [7] De Berker D, Dahl M, Malcolm A, Lawrence C. Micrographic surgery for subungual squamous cell carcinoma. *Br J Plast Surg* 1996;49:414–9.
- [8] Sass U, André J, Stene JJ, Noel JC. Longitudinal melanonychia revealing an intraepidermal carcinoma of the nail apparatus: detection of integrated HPV-16 DNA. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:490–3.
- [9] Jellinek NJ. Longitudinal erythronychia: suggestions for evaluation and management. *J Am Acad Dermatol* 2011;64:167.
- [10] Baran R, Perrin C. Bowen's disease clinically simulating an onychomatricoma. *J Am Acad Dermatol* 2002;47:947–9.
- [11] Jerasutus S. Histopathologie. In: Scher R, Daniel C, editors. *Onychologie : diagnostic, traitement, chirurgie*. Third Paris: Elsevier Masson; 2007. p. 37–77.
- [12] Lumpkin 3rd L, Rosen T, Tischen J. Subungual squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1984;11:735–8.
- [13] Dika E, Piraccini B, Balestri R, Vaccari S, Misciali C, Patrizi A, et al. Mohs surgery for squamous cell carcinoma of the nail: report of 15 cases. Our experience and a long-term follow-up. *Br J Dermatol* 2012;167:1310–4.