



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



FICHE THÉMATIQUE / PATHOLOGIE UNGUÉALE

La rétronychie



Retronychia

B. Richert^{a,*}, M. Caucanas^{a,b}, J. André^a

^a *Département interhospitalier de dermatologie, université Libre de Bruxelles, hôpitaux universitaires Saint-Pierre & Brugmann, hôpital universitaire des enfants Reine-Fabiola, place Van-Gehuchten 4, 1020 Bruxelles, Belgique*

^b *Clinique Saint-Jean Languedoc, 20, route de Revel, 31500 Toulouse, France*

Reçu le 11 juillet 2014 ; accepté le 23 septembre 2014

Disponible sur Internet le 22 octobre 2014

La rétronychie définit une incarnation unguéale proximale. Elle a été décrite pour la première fois par de Berker et al. en 1999, « rétro » signifiant vers l'arrière et « onychia » ongle [1].

responsable d'une xanthonychie [2,3]. Une rétronychie peut être considérée comme une onychomadèse qui n'évolue pas normalement.

Physiopathologie

Classiquement, dans les traumatismes induisant un ralentissement de la croissance unguéale (lignes de Beau), le repli proximal unguéal maintient la tablette initiale alignée dans l'axe horizontal, permettant au nouvel ongle formé de la repousser distalement. Dans l'onychomadèse où la croissance unguéale est arrêtée pendant un temps plus long qui ne permet plus d'assurer une continuité dans la lame unguéale, la nouvelle tablette s'insinue sous l'ancienne et la décolle progressivement et distalement jusqu'à onychoptose. Dans la rétronychie, l'ancienne tablette adhère au lit distal et ne migre plus distalement. Des tablettes successives s'encastrent sous la partie proximale des précédentes. Cet empilement sous le repli proximal provoque une paronychie subaiguë (Fig. 1a et b) avec suintement et éventuellement un tissu de granulation émergeant sous le repli dorsal. L'exsudat qui s'insinue sous les tablettes est

Clinique

Une cinquantaine de cas ont été décrits, en Europe et en Afrique du Nord, touchant en majorité la population adulte, avec une prépondérance féminine. Les enfants et les adolescents ne sont cependant pas épargnés, comme rapporté récemment par Piraccini et al. [4] Aucun facteur prédisposant spécifique n'a été mis en évidence mais un antécédent de traumatisme est souvent rapporté. Les ongles des gros orteils sont les cibles habituelles, parfois bilatéralement, mais les doigts peuvent aussi être affectés. La rétronychie se présente sous forme d'une triade caractéristique :

- un arrêt de la croissance de l'ongle ;
- une paronychie subaiguë proximale, avec élévation de la partie proximale de la tablette par rapport au niveau de son bord libre (Fig. 1a et 2a et b) ;
- une xanthonychie dans pratiquement tous les cas (Fig. 2a–8).

Il peut s'y associer les signes cliniques suivants :

- fréquemment : un tissu de granulation au site d'incarnation proximal (Fig. 5, 6, 8–11), un exsudat inflammatoire sous-unguéal (Fig. 12) et une onycholyse ;

* Auteur correspondant.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2014.09.027>

0151-9638/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

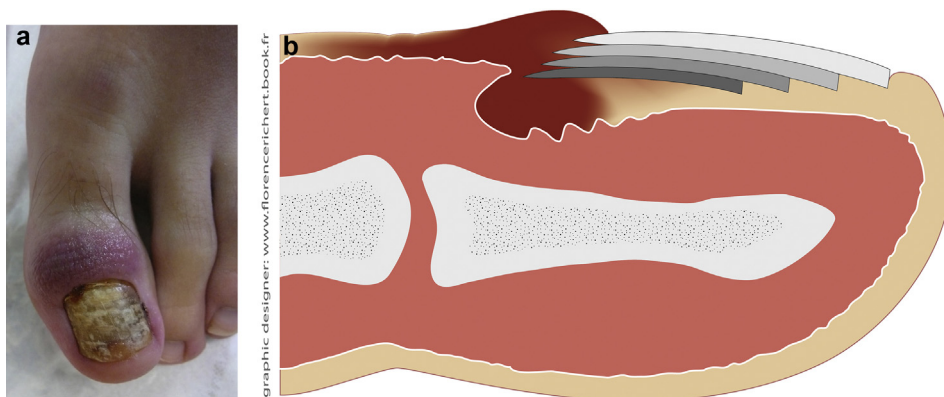


Figure 1. a : paronychie subaiguë prise à tort pour une infection bactérienne. Les taches blanchâtres sur la tablette sont secondaires aux multiples traitements locaux appliqués pendant des semaines ; b : schéma expliquant le mécanisme de formation de la rétronymie.

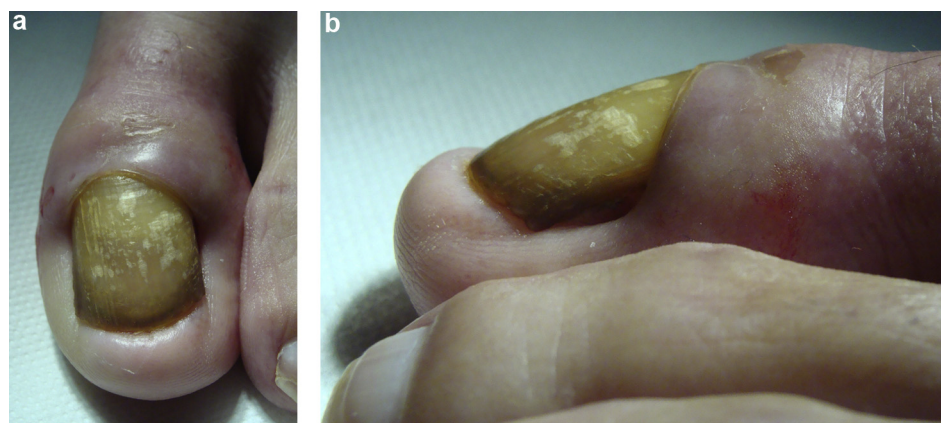


Figure 2. a : rétronymie typique de forme avancée. Noter le raccourcissement du lit ; b : vue latérale objectivant l'élévation de la partie proximale de la tablette par rapport à son extrémité distale.



Figure 3. Rétronymie débutante. Arrêt de croissance, discrète paronychie et xanthonychie. Un traitement par corticoïdes topiques mérite d'être tenté.



Figure 4. Rétronymie forme complète. Tous les signes cliniques sont présents. Noter le raccourcissement du lit distal.

Formation médicale continue



Figure 5. Rétronychie au gros orteil droit avec formation d'un bourgeon charnu.



Figure 8. Forme avec élévation majeure de la partie proximale de la tablette et volumineux bourgeon charnu.



Figure 6. Forme inflammatoire aiguë.



Figure 9. Forme classique avec paronychie, bourgeon charnu et suintement.
Coll G. Szepetiuk, Liège, Belgique.



Figure 7. Forme de longue évolution avec xanthonychie sans tissu de granulation. Induction probable par le port de bas de contention au long cours.



Figure 10. Présentation classique de rétronychie.



Formation médicale continue



Figure 11. Contamination pyocyannique d'une rétronychie.

- le soulèvement de la partie proximale des tablettes entraîne secondairement une bascule de partie distale du premier ongle vers l'arrière. Celle-ci induit un raccourcissement forcé du lit, donnant un aspect bulbeux à l'extrémité digitale (Fig. 2a, 4, 7, 10, 12, 13);
- des symptômes douloureux variables [2].



Figure 12. Forme modérée avec suintement majeur sans formation de bourgeon charnu. Noter le raccourcissement du lit.



Figure 13. Forme très inflammatoire, sans suintement, ni tissu de granulation. Noter le spicule latéral secondaire à une cure d'ongle incarné incomplète.

Imagerie médicale

Le diagnostic est habituellement clinique. Dans les cas débutants ou douteux, l'échographie en haute résolution peut aider au diagnostic en mettant en évidence une distance réduite entre l'origine de la tablette unguéale et la base de la phalange distale, en regard de l'articulation interphalangienne distale [5,6].

Diagnostic différentiel

Il est celui du périonyxis proximal : rhumatisme psoriasique, tumeurs et kystes sous-unguéaux (carcinome épidermoïde, enchondrome, mélanome malin amélanique, maladie de Bowen...) [7,8]. La rétronychie ne doit pas être confondue avec une infection bactérienne ou fongique [9].

Traitement

Certaines formes mineures peuvent évoluer spontanément favorablement. Elles doivent être traitées en première intention par l'application de corticoïdes sur le repli dorsal sous occlusion (Fig. 14a et b) [4]. Elles peuvent se présenter sous forme de tablettes superposées en voie d'élimination distale (Fig. 15). En cas d'échec et dans les formes majeures, l'avulsion chirurgicale est salvatrice (Fig. 16). Elle découvre une adhérence excessive de la tablette dans le tiers distal du lit, probablement responsable de l'absence de migration de la tablette, qui impose le plus souvent une avulsion par voie proximale [2]. Elle permet la guérison dans la majorité des cas. La récurrence est possible et une dystrophie unguéale permanente peut s'observer (Fig. 17a et b) [4].

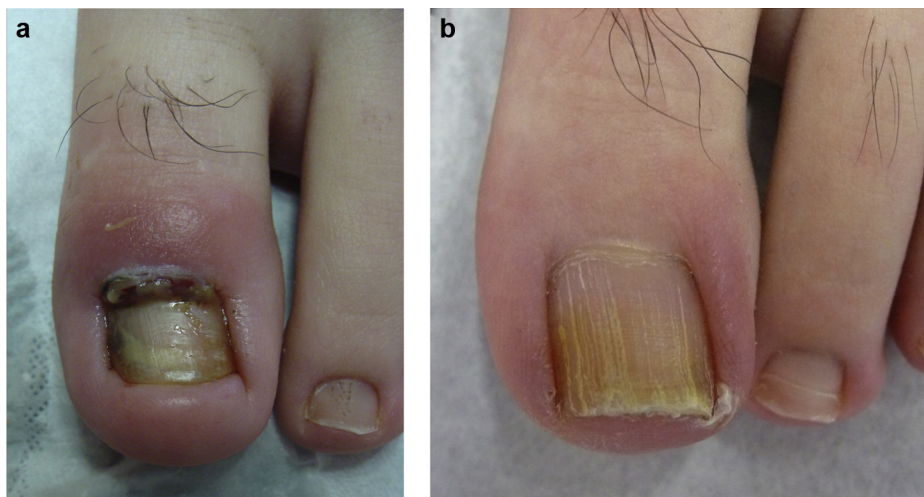


Figure 14. a : forme aiguë avec tissu de granulation et raccourcissement majeur du lit distal ; b : après traitement conservateur par corticoïdes, la patiente ayant refusé la chirurgie. Repousse complète normale hormis une discrète onychorrhexie traduisant les phénomènes inflammatoires de la matrice proximale.



Figure 15. Rétronychie de longue date. Disparition des phénomènes inflammatoires mais l'absence de migration des tablettes se traduit par un empilement successif des lames unguéales néoformées.



Figure 16. L'avulsion découvre trois lames unguéales successives à l'origine de la rétronychie. Noter sur le lit distal la zone d'adhérence anormale de la tablette au lit.



Figure 17. a : rétronychie bilatérale de longue date chez une jeune patiente avec par ailleurs une désaxation congénitale discrète ; b : l'avulsion a permis une repousse complète et normale au gros orteil gauche mais abandonne une dystrophie au gros orteil droit.

Déclaration d'intérêts

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

Références

- [1] de Berker DA, Rendall JR. Reonychchia-proximal ingrowing nail. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1999;12:S126.
- [2] de Berker DA, Richert B, Duhard E, Piraccini BM, André J, Baran R. Reonychchia: proximal ingrowing of the nail plate. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:978–83.
- [3] Dahdah MJ, Kibbi AG, Ghosn S. Reonychchia: report of two cases. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:1051–3.
- [4] Piraccini BM, Richert B, de Berker DA, Tengattini V, Sgubbi P, Patrizi A, et al. Reonychchia in children, adolescents, and young adults: a case series. *J Am Acad Dermatol* 2014;70:388–90.
- [5] Wortsman X, Calderon P, Baran R. Finger reonychchias detected early by 3D ultrasound examination. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012;26:254–6.
- [6] Wortsman X, Wortsman J, Guerrero R, Soto R, Baran R. Anatomical changes in reonychchia and onychomadesis detected using ultrasound. *Dermatol Surg* 2010;36:1615–20.
- [7] Chiheb S, Richert B, Belyamani S, Benchikhi H. Une nouvelle cause de périonyxis chronique: la réonychchie. *Ann Dermatol Venereol* 2010;137:645–7.
- [8] Zaraa I, Kort R, Mokni M, Ben Osman A. Reonychchia: a rare cause of chronic paronychchia. *Dermatol Online J* 2012;18:9.
- [9] Reigneau M, Pouaha J, Truchetet F. Reonychchia: four new cases. *Eur J Dermatol* 2013;23:882–4.