

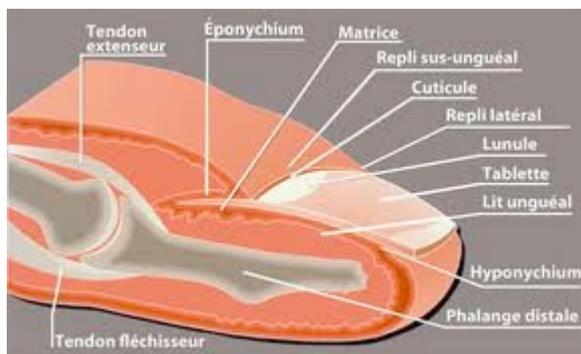
## LA PRISE EN CHARGE DE L'ONGLE INCARNE EN CABINET DE MEDECINE GENERALE

### 1. Définition de l'ongle incarné et anatomie de l'ongle

Un *ongle incarné* apparaît lorsqu'un des coins supérieurs de l'ongle pénètre dans la chair qui l'entoure de manière latérale ou antérieure. Ceci provoque une *rougeur* et un *gonflement* (inflammation), des *douleurs* et parfois une infection. Ce problème, désigné par le terme *onychocryptose*, touche le plus souvent l'ongle du gros orteil.

Une bonne connaissance de l'*anatomie de l'ongle* est essentielle dans le traitement chirurgical de l'ongle incarné.

L'appareil unguéal comprend le tissu périunguéal (paronychium), la tablette, le lit et la matrice. Le tissu périunguéal est formé par le bourrelet unguéal proximal et les bourrelets latéraux. Le derme sous-unguéal repose directement sur le périoste sans tissu sous-cutané ce qui le rend très adhérent à l'os. La racine de l'ongle s'enfonce profondément dans le derme. Elle touche presque l'articulation interphalangienne et le tendon de l'extenseur de l'orteil. La tablette est produite par la matrice. La lunule est la partie distale de la matrice vue par transparence. Aux pieds, le remplacement d'un ongle prend dix à dix-huit mois.



### 2. Facteurs de risque

De nombreux facteurs favorisent l'apparition d'un ongle incarné:

- la mauvaise coupe de l'ongle : facteur le plus important. l'ongle doit être coupé droit et dépasser du bord libre de l'orteil de deux à trois mm
- l'oubli d'un fragment d'ongle dans le sillon péri unguéal
- des chaussures trop étroites
- des troubles de la statique
- des modifications osseuses secondaires à l'arthrose
- une hypertrophie du tissu péri unguéal
- anomalie de forme de l'ongle
- conflit entre 1er et 2nd orteil
- traumatismes comme choc sur l'orteil
- certaines maladies chroniques (diabète...) et population à risque nourrissons, enfants et personnes âgées

### 3. Symptômes de l'ongle incarné

Les principaux symptômes retrouvent : une *douleur* autour de l'ongle surtout à la pression, une *rougeur* et un *gonflement* puis apparition d'un bourrelet autour de l'ongle

Plusieurs stades de l'ongle incarné

- Stade 1 (forme simple): douleur modérée intermittente ressentie lors du chaussage

La pression des bourrelets est sensible, la peau peut être inflammatoire

- Stade 2 (forme inflammatoire) : douleur quasi permanente, aiguë à la pression

Existence d'un bourrelet péri unguéal rouge, chaud tuméfié

Parfois signe d'infection avec pus collecté

- Stade 3 (forme infectée) : douleur importante, bourrelet péri unguéal augmenté de volume, écoulement

purulent et permanent

Parfois bourgeonnement charnu du à l'infection chronique (botryomycome)

#### 4. Prise en charge médicale

##### 4.1 Conseils pratiques pour soins à domicile d'un ongle incarné non infecté

- Trempez votre pied dans de l'eau chaude pendant 10 à 20 minutes, trois fois par jour.
  - Insérez, entre le coin de l'ongle et la peau, un petit morceau de coton pour empêcher l'ongle de pénétrer dans la peau.
  - Laissez l'ongle à l'air fréquemment.
  - Taillez vos ongles en laissant l'ongle dépasser du bord libre de l'orteil de deux à trois millimètres. Au fur et à mesure que l'ongle pousse, coupez-le bien droit.
  - Portez des chaussures larges, pour éviter d'aggraver la blessure de votre orteil avec le coin de l'ongle et pour les femmes, évitez les talons trop hauts.
- Portez des chaussures et des chaussettes qui maintiennent les  pieds au sec.
- L'arrière-pied doit être maintenu pour soulager l'avant-pied. Évitez de porter des mules.



##### 4.2. Pour l'ongle incarné infecté

La consultation médicale est nécessaire si facteurs de risque, douleurs persistantes et continues depuis 2 jours, signe d'infection locale avec tissus de granulation (botryomycome), lymphangite ou signe d'infection générale (fièvre...)

- Traitement antiseptique : Faire trempier le pied durant 15 minutes dans une eau tiède avec une solution antiseptique ; au moins deux fois par jour
- Sécher le pied, puis soulever délicatement le rebord de l'ongle ramolli en plaçant un petit morceau de coton propre entre la peau et l'ongle, ce qui aidera l'ongle à pousser au-dessus de la peau.
- Maintenir l'écartement des chairs et de l'ongle en collant un sparadrap ou elastoplaste sur les tissus
- Appliquer un onguent antibiotique sur la région douloureuse
- Si facteurs de risque ou signe d'infection locale (lymphangite...) ou générale antibiothérapie par voie orale pendant 7 jours type Augmentin
- Abandonner tout port de chaussures
- **Soins de pédicures :**



- > Meulage de l'ongle : gratter le centre de l'ongle dans le sens de la longueur pour l'amincir et le rendre élastique et ainsi favoriser le relèvement des bords latéraux
- > Pinces métalliques (**orthonyxie**) ou des bagues de résine pour tenter de « désincarner » l'ongle, au moins temporairement.

#### 5. Prise en charge chirurgicale

Si l'ongle incarné est infecté ou qu'il existe un bourrelet important autour de l'ongle, une **opération** est nécessaire. La matrice produit l'ongle. La matricectomie est souvent nécessaire pour éviter les récives.

##### 5.1 Avec Préservation de la matrice

> Excision cuneiforme des bourrelets latéraux

Dans cette technique, le tissu de granulation n'est pas excisé mais soulagé de sa zone de conflit par une excision de décharge en zone saine. Il s'agit d'exciser un fragment losangique de peau avec du derme profond dans la partie molle adjacentes. La plaie est fermée par des points séparés. La technique et les suites opératoires sont généralement simples et relativement peu douloureuses.

L'avantage de cette technique est de ne pas avoir à réséquer l'ongle ou sa matrice. Les résultats fonctionnels et esthétiques sont bons puisque l'ongle garde toute son intégrité sans risque de dystrophie.

Mais cette technique n'empêcher pas les récives et n'est pas applicable lors d'hypertrophie excessive du paronychium.

> Plastie de l'orteil avec préservation de la matrice

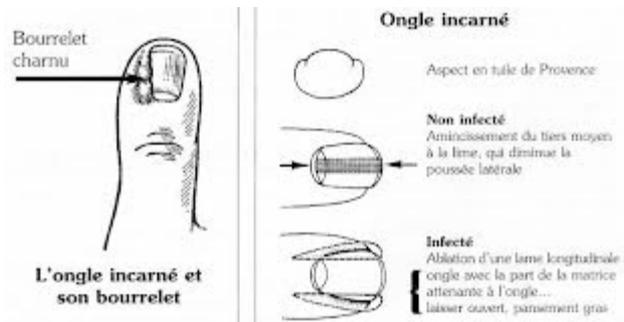
Ce type d'intervention est particulièrement adapté pour les orteils hypertrophiques. Cette technique vise à restaurer l'anatomie naturelle de l'orteil. L'ongle et sa matrice sont complètement préservés.

Les bourrelets latéraux sont excisés largement et en profondeur afin de diminuer au maximum leur épaisseur. Le volume de l'orteil est ainsi très nettement diminué ce qui lui donne un aspect plus affiné. La pression dans les

chaussures et le risque de récurrence sont donc nettement réduits. La plaie est fermée par des points séparés puis recouverte par un pansement antiseptique. Les résultats esthétiques et fonctionnels sont excellents.

## 5.2 Avec destruction de la matrice

### Avulsion unguéale partielle: sous anesthésie locale



La plastie de Emmert est

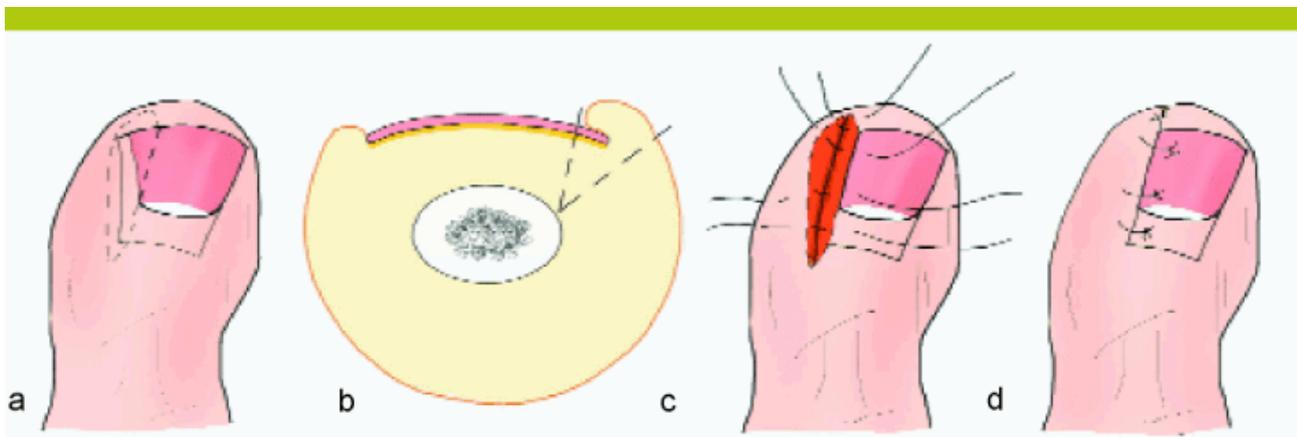
probablement la technique chirurgicale la plus pratiquée.

La plupart des interventions s'effectuent avec une anesthésie en bague. On utilise généralement 5 à 10 ml de lidocaïne 1% sans adrénaline. Si signes d'infection une anesthésie générale est nécessaire.

La pose d'un garrot à la base de l'orteil ne devrait pas dépasser quinze minutes. Il ne faudrait donc l'utiliser que durant la phase la plus critique de l'intervention.

Il s'agit d'une résection cunéiforme emportant à la fois le tissu de granulation, la partie latérale de l'ongle et son lit, ainsi que la matrice correspondante. L'excision doit s'étendre jusqu'au périoste sous-jacent en faisant attention à ne pas léser le tendon extenseur de la phalange distale. Il faut éviter le curetage à l'aveugle qui pourrait laisser en place un bout de matrice et être à l'origine de la repousse d'un spicule latéral très gênant. La plaie est suturée par des points séparés puis recouverte d'un pansement antiseptique ou antibiotique. Il faut prévoir un arrêt de travail de 2 à 3 semaines car soins quotidiens pendant 15 jours après 48h de pansement compressif.

Complications : surinfection, récurrence 10 à 30 %, séquelles esthétiques



**Figure 6. Plastie de Emmert**

On pratique une excision à la fois du bourgeon charnu, de la tablette, de son lit et de la matrice correspondante jusqu'à l'os sous-jacent (a). La figure b montre la profondeur de l'incision en coupe transversale. La corne de la matrice doit être aussi réséquée complètement pour éviter toute récurrence. La plaie est fermée par des points séparés (c, d).

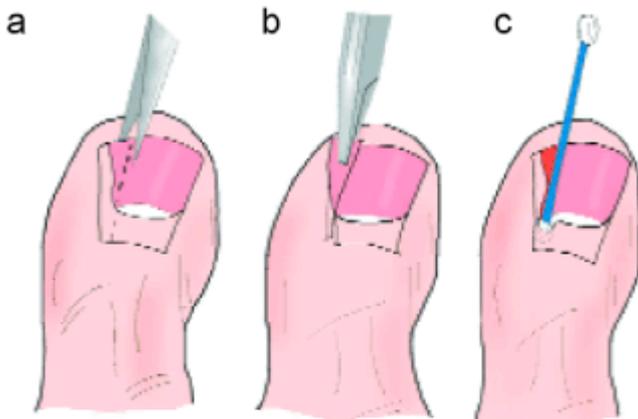
### ≥ Intervention au phénol

La phénolisation est une intervention très utile, elle est utilisée chaque fois que l'élimination définitive d'une portion d'ongle ou de sa totalité est nécessaire.

Après une anesthésie locale à la base de l'orteil et la mise en place d'un garrot le médecin coupe la languette d'ongle qui rentre dans la chair et détruit définitivement la racine fabricant la portion d'ongle qui s'incarne par une application de phénol.

Avantages : technique réalisée au cabinet du médecin sous anesthésie locale, quasi absence de douleur après

l'intervention, pas d'arrêt de travail, cicatrisation en 2 à 4 semaines, aucune cicatrice visible.



**Figure 5. Destruction chimique de la matrice au phénol**

La tablette unguéale latérale est au préalable décollée du lit en introduisant délicatement des ciseaux droits sous l'ongle. Elle est ensuite sectionnée avec des ciseaux à bout pointus (a) sur toute sa longueur puis enlevée (b). Le lit unguéal et sa matrice sont ainsi exposés pour être traités. On applique le phénol sur la matrice à l'aide d'un coton-tige (c). La plaie n'est pas suturée.

#### > **Intervention au Laser CO2**

Après une anesthésie locale à la base de l'orteil et la mise en place d'un petit garrot, le médecin coupe la languette d'ongle qui rentre dans la chair. Il coupe chirurgicalement la chair de la base de l'ongle pour accéder à la matrice et détruit définitivement la racine fabricant la portion d'ongle qui s'incarne par photo-coagulation au laser. La mise en place de points de suture est nécessaire pour refermer la plaie.

Inconvénients : douleur provoquée par la plaie après l'intervention, cicatrice.

Conclusion : Selon la littérature, le taux de récurrences après l'avulsion isolée partielle ou totale de la tablette unguéale serait de 60 à 80%. Il serait de 10 à 30% pour la plastie de Emmert modifiée et de seulement 5 à 10% pour la procédure au phénol.

## 6. **Prévention**

- Assurer un soin et hygiène quotidien des pieds, notamment pour les personnes âgées et les personnes diabétiques. masser régulièrement les orteils avec crème émoulliente, brossage des sillons
- Couper les ongles lorsqu'ils sont ramollis de façon droites et éviter de couper trop court les coins des ongles ; assurer une pédicure adéquat chez personnes à risques
- Chaussage : Eviter de porter des chaussures trop serrées afin de ne pas abîmer ni comprimer les orteils, arrière pied maintenu
- Lutte contre transpiration, chaussettes maintenant pied au sec
- Semelles orthopédiques

#### **Sources :**

- Gay B., Saccone P., Valverde-Carrillo A. ; 80 gestes techniques en médecine générale; Elsevier Masson juin 2011
- Noël B., la chirurgie de l'ongle incarné, la Revue médicale suisse n°63, 26/04/2006
- Blatière V, Nabères A. Ongle incarné. In : Encyclopédie médico-chirurgicale. Podologie. Paris : Elsevier Masson ; 2001. 17-070-A-50.

- site internet Ameli-santé.fr : <http://www.ameli-sante.fr/ongle-incarne/traitement-ongle-incarne.html>
- National Health Service (NHS). Ingrown toenail - Symptoms. Site internet : NHS choices. Londres ; 2012
- Abimelec P.; ongle incarné et traitement de l'ongle incarné; [http://www.abimelec.com/ongle\\_incarné.html](http://www.abimelec.com/ongle_incarné.html)