

CONGRES SASPAS

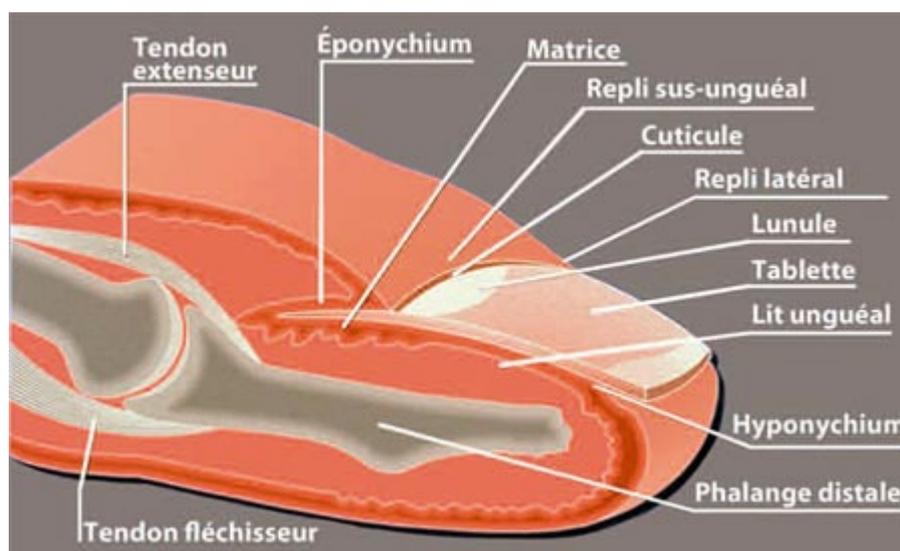
Le mardi 26 mars 2013

Caroline Terris

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

I/ ANATOMIE DE L'APPAREIL UNGUEAL

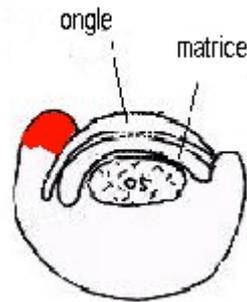
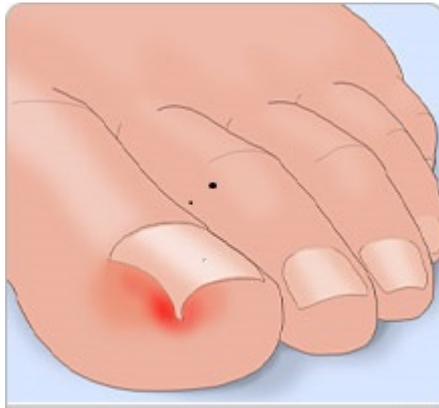
L'appareil unguéal comprend le tissu péri-unguéal (paronychium), la tablette, le lit et la matrice. Le tissu péri-unguéal est formé par le bourrelet unguéal proximal et les bourrelets latéraux. La tablette est fixée solidement au lit. Le derme sous-unguéal repose directement sur le périoste sans tissu 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 inter-phalangienne 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.



II/ DEFINITION

L'ongle incarné ou onychocryptose est provoqué par un fragment d'ongle qui pénètre dans la chair et provoque une inflammation et des douleurs : c'est le résultat d'un conflit entre la tablette unguéale et les tissus péri-unguéaux. Le premier orteil est le plus fréquemment atteint. L'ongle incarné peut concerner un seul ou les deux sillons.

L'ongle peut rentrer dans la chair soit sur le côté (ongle incarné banal), soit sur l'avant (incarnation antérieure).



III/ FACTEURS DE RISQUE ET PREDISPOSITIONS

1°) Facteurs de risque

- Chaussage inadapté (chaussures trop serrées) ;
- Troubles de la statique du pied avec un mauvais déroulement du pas ;
- Mauvaise coupe de l'ongle (ongles coupés dans les coins) ;
- Hyperhydrose ;
- Modifications osseuses secondaires liées à l'arthrose ;
- Malformations de l'ongle ;
- Hypertrophie du tissu péri-unguéal ;
- Microtraumatismes à répétition ;
- Iatrogénie (Acitrétine, Anti-protéases) ;
- Conflit entre le 1^{er} et le 2^{ème} orteil ;
- Le plus souvent, survient sans explication.

2°) Prédispositions

- Les nourrissons et les petits enfants peuvent présenter quelques variétés d'ongle incarné : bourrelets latéraux, ongle en pince.
- Les adolescents et les adultes développent l'ongle incarné habituel, que l'on appelle ongle incarné juvénile.
- Les séniors développent l'ongle en pince.

IV/ CLINIQUE : 3 STADES

1°) Forme simple

Il s'agit d'une simple gêne douloureuse latéro-unguéale lors du port de chaussures.

2°) Forme inflammatoire (onyxis incipiens)

L'ongle est rouge, gonflé et douloureux. Cette forme précède l'infection avec parfois la formation d'un panaris ou d'un érysipèle.

3°) Forme suppurée (périonyxis)

L'ongle est rouge, gonflé, douloureux, et infecté, avec un bourgeon infecté et suintant (botryomycome) sur l'un des bords de l'ongle.

L'évolution fréquente de l'ongle incarné est l'infection en l'absence de traitement. Les ongles incarnés des nourrissons s'améliorent spontanément avec le temps.

V/ TRAITEMENT MEDICAL

-Coupe adéquate et limage de l'ongle.

-Bains de pied avec un antiseptique type Dakin pendant 10 à 20 minutes 3 fois par jour.

-Antibiothérapie locale (acide fusidique) en cas d'inflammation importante de l'orteil. Antibiothérapie générale seulement en cas d'infection des tissus avoisinants.

-Positionnement d'une mèche de coton dans le repli pour empêcher l'ongle de pénétrer dans la peau.

-Anti-inflammatoires locaux (nitrate d'argent, corticoïdes) pour diminuer le bourrelet.

-Soins de podologie : ils consistent en général à dégager les débris d'hyperkératose dans les sillons et à procéder à une coupe plus ou moins large de l'ongle ; et à la correction des causes : mise en place d'une orthonyxie (cf photo ci-dessous) pour corriger l'hypercourbure de l'ongle.



VI/ TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical est indiqué lorsqu'il y a échec du traitement médical, ou en cas de forme suppurée.

Un ongle incarné très inflammatoire contre-indique une anesthésie locale du fait du risque de diffusion de l'infection. Il faut alors pratiquer une anesthésie générale, avec hospitalisation de jour. En cas d'anomalie sévère de l'ongle, il faut procéder à l'ablation totale de l'ongle et de la matrice, et donc adresser le patient à un chirurgien.

Il existe 3 principales techniques chirurgicales pour le traitement de l'ongle incarné.

1°) Intervention chirurgicale classique (Plastie de Emmert)

-L'opération consiste à retirer le bourrelet, le bord de l'ongle et la matrice sous-jacente. En effet, c'est la matrice qui produit l'ongle, et il y aura une récurrence si elle n'est pas retirée. L'excision est profonde et assez large. Il s'agit d'une anesthésie locale en bague,

et on utilise un garrot de doigt. La plaie n'est pas complètement refermée, on réalise un point de suture pour accélérer la cicatrisation.

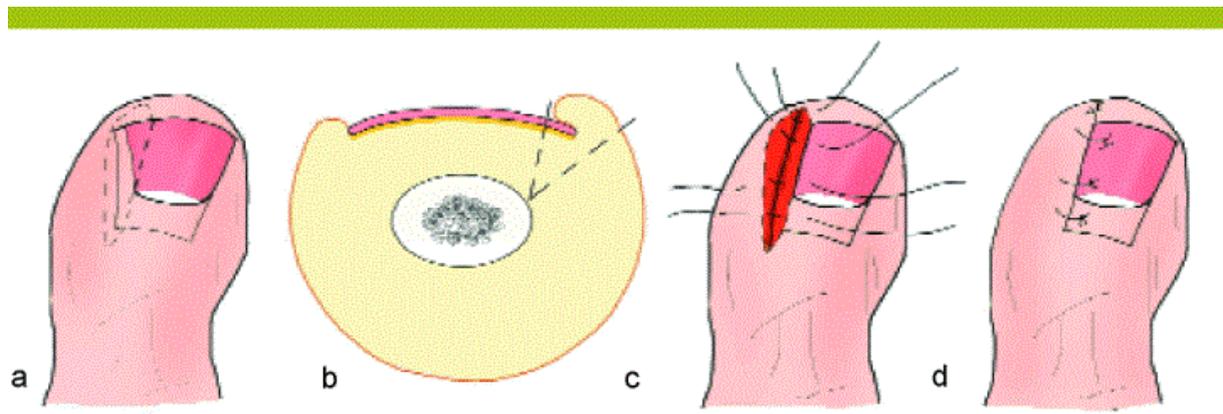
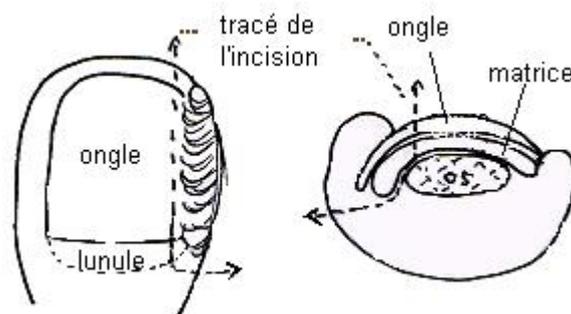
-Pansement compressif pour 48 heures, puis soins quotidiens pendant 15 à 25 jours. Port de chaussures larges en post-opératoire. Eviter de trop marcher, surélever le pied pendant les 3 jours qui suivent l'intervention. Traitement antalgique indispensable. Revoir le patient à 24-48h afin de vérifier l'amélioration des signes inflammatoires locaux.

-Il faut prévoir un arrêt de travail pour 2 à 3 semaines. Reprise de l'activité progressivement.

-A long terme, possibilité de récurrence en raison de la persistance locale de minuscules flots de matrice.

-Complications : surinfection (parfois nécessité d'une antibiothérapie), récurrence 10%, déviation de l'ongle (section d'un ligament)...

-Cotation : QZJA022 (parage et/ou suture d'une plaie pulpo-unguéo) : 64.44 euros.



2°) Intervention au phénol

L'opération consiste en une résection de l'ongle dans sa partie latérale pour exposer le lit et la matrice, puis en une application de phénol sur la matrice au coton-tige pendant 3 minutes. Protection de la peau avoisinante par de la vaseline pour éviter les nécroses. Rinçage. Pansement antiseptique. La douleur post-opératoire est minimale. Risque de suintement post-opératoire. Cicatrisation en 2 à 4 semaines.

3°) Intervention au laser CO2

L'opération consiste en une résection de l'ongle dans sa partie latérale, puis en une destruction de la matrice par photocoagulation au laser CO2. La plaie est refermée par des points de suture. Il s'agit d'une intervention souvent douloureuse.

VII/ PREVENTION

- Brossage régulier des sillons ;
- Port de chaussures larges ;
- Port de chaussures et de chaussettes qui maintiennent les pieds au sec pour corriger une hyperhydrose ;
- Arrière-pied maintenu pour soulager l'avant-pied (éviter de porter des mules) ;
- Ongle coupé court et au carré ;
- Faire des soins antiseptiques adaptés dès l'apparition de l'inflammation ;
- Faire des soins de pédicurie adaptée en dehors des périodes de poussée ;
- Port de semelles orthopédiques en cas de troubles de la statique du pied ;
- Séparateur d'orteil en cas de conflit entre 1^{er} et 2^{ème} orteil.

VIII/ BIBLIOGRAPHIE

- Gestes techniques en médecine générale, 11/12/2007, Dr Dupont Pierre, Dr Portier Michel
- Ongle incarné, prise en charge aux urgences, Dr Ranerisson Roger et Dr Allo Jean-Christophe, SAU Cochin, 23/04/2012
- Les ongles incarnés, symptômes et traitements, Dr Birman Laurent-David, 15/06/2010
- La chirurgie de l'ongle incarné, La Revue médicale suisse n° 63, B. Noel, 26/04/2006
- Ameli-santé.fr, <http://www.ameli-sante.fr/ongle-incarne/traitement-ongle-incarne.html>
- Comprendre l'ongle incarné, Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon