

c0075

Comment traiter une dystrophie unguéale ?

MARIE-AUDE MUNOZ, JULIEN BELDAME, GENEVIÈVE CREMER

La prise en charge des pathologies unguéales est transversale entre la dermatologie, la chirurgie du pied et la podologie. Si la majorité des dystrophies (modification de la texture ou de la couleur) et des déformations (modification de la forme) ont pour origine une affection médicale (et donc une solution non chirurgicale), le chirurgien spécialiste du pied ne peut ignorer ces affections tant elles sont fréquentes et sources de consultations. La chirurgie unguéale présente une grande spécificité diagnostique et thérapeutique qui peut nécessiter le recours à des consultations multidisciplinaires.

Anatomie et physiologie

L'ongle est le privilège de l'Homme et des primates supérieurs. Tant au niveau des pieds que des mains, la tablette unguéale agit comme un contrefort de protection et participe à la sensibilité discriminative. Les

ongles servent également à se gratter, se défendre et comme support cosmétique.

L'ongle est constitué d'une structure de cornée plate, d'aspect rectangulaire, translucide, lisse, à croissance permanente tout au long de la vie, migrant distalement avec la couche cornée du lit unguéal dont il se libère à l'extrémité de la phalange distale, pour devenir le bord libre (figure 15.1).

Il est enchâssé dans une invagination des tissus mous de la face dorsale de la dernière phalange par trois de ses bords :

- les deux bords latéraux sont logés dans les replis latéraux appelés « sillons » ;
- l'extrémité proximale émerge du sillon postérieur appelé « cul-de-sac unguéal ». Son toit est constitué par le repli proximal, se terminant en avant par la « cuticule » qui adhère à la tablette et scelle de manière étanche le cul-de-sac unguéal proximal contenant la matrice unguéale. La tablette unguéale adhère

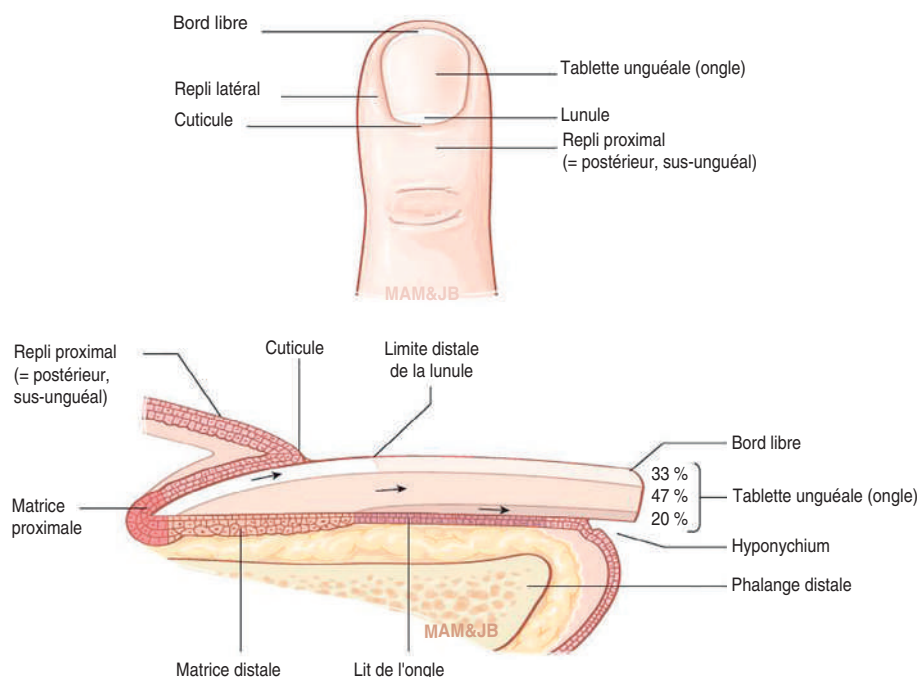


Figure 15.1. Anatomie et physiologie de l'appareil unguéal.

L'avant-pied en 15 questions

© 2022, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

fortement au lit de l'ongle, beaucoup moins au niveau de la matrice; l'adhérence est quasiment inexistante au niveau des sillons latéraux.

La vitesse de croissance unguéale est d'environ 1,5 mm par mois au niveau des orteils; ainsi, le renouvellement d'un ongle de l'hallux nécessite 12 à 18 mois. De nombreux facteurs (physiologiques, individuels, physiques, climatiques, sexuels, médicamenteux, pathologiques) influencent cette croissance. La matrice proximale produit les couches superficielles de l'ongle (33 % de l'épaisseur), la matrice distale les couches moyennes (47 %) tandis que la couche profonde provient du lit de l'ongle (20 %).

Ainsi, une atteinte matricielle a pour conséquence une atteinte de la tablette (anomalie de forme, texture ou couleur), alors qu'une atteinte du lit de l'ongle a pour conséquence un décollement et/ou un épaissement des tissus sous-unguéaux.

Pathologies unguéales et pathologies médicales

L'ongle normal est, de principe, le révélateur d'un corps en bonne santé. Du fait de sa croissance lente, il garde la trace, pendant de très nombreux mois, de pathologies systémiques ou métaboliques que seul un contrôle biologique pourrait mettre en évidence.

- L'insuffisance rénale peut provoquer un blanchiment de la partie proximale de l'ongle, tandis que la partie distale semble pigmentée.
- La cirrhose est à l'origine d'un blanchiment de l'ongle.
- Une carence en fer peut se traduire par des ongles concaves (koilonychies).
- Certaines maladies pulmonaires, souvent accompagnées de lymphœdème, peuvent provoquer des syndromes unguéaux : les ongles deviennent alors épais, courbes (hippocratisme) et parfois de couleur jaune vert.
- Les lignes de Beau (figure 15.2) sont des rainures/cassures horizontales de la tablette, survenant en cas de ralentissement temporaire de sa croissance. Ces rainures peuvent intéresser toute la largeur de l'ongle (entraînant parfois la perte totale de la tablette). Elles peuvent apparaître à la suite d'infections, de traumatismes, de rétronychies, de maladies systémiques ou de chimiothérapie.
- Les leuconychies (figure 15.3) sont des lignes blanches horizontales, sans modification du relief de l'ongle; elles peuvent apparaître après un traumatisme. Quand ces lignes traversent horizontalement

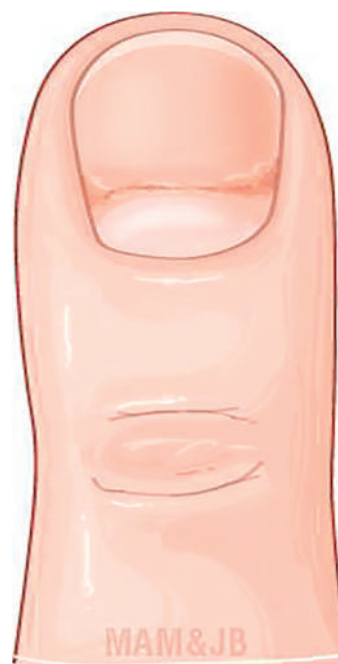


Figure 15.2. Lignes de Beau.



Figure 15.3. Leuconychies.

l'ensemble de la tablette unguéale (lignes de Mees) (figure 15.4), elles peuvent être la traduction de problème de santé plus grave comme un cancer, une insuffisance cardiaque, une chimiothérapie, une exposition à des toxiques (arsenic, thallium, autres métaux lourds)

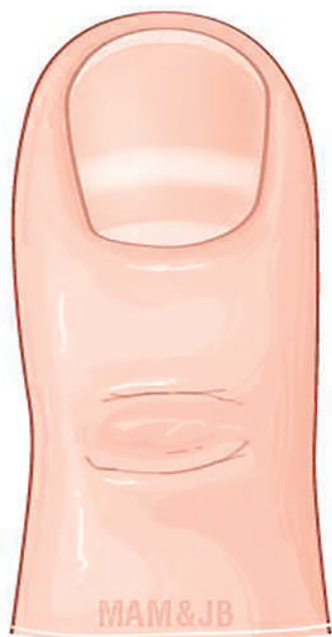


Figure 15.4. Lignes de Mees.

mais également une atteinte à dermatophyte (atteinte sous-unguéale proximale évoluant par vagues).

- De manière générale, la guérison de la maladie, l'arrêt de la chimiothérapie ou de l'intoxication permet la reprise normale du développement unguéal.
- Dans le cadre des pathologies systémiques, les anomalies unguéales peuvent être retrouvées sur l'ensemble des tablettes des orteils, mais également au niveau des mains.

Dans le cadre de la recherche étiologique :

- on doit interroger sur des maladies d'organe ;
- on peut effectuer un bilan biologique ;
- on recherche l'exposition à des toxiques ou des médicaments.

Pathologies unguéales et maladies dermatologiques

Dans de nombreux cas, l'appareil unguéal est affecté par les maladies cutanées dermatologiques. La tablette unguéale constitue alors une des localisations de la maladie dermatologique. Retenons notamment :

- le psoriasis responsable d'ongles creux et irréguliers, avec parfois des taches d'huile ; un dédoublement de la lame unguéale et du lit unguéal, voire un épaississement et un effritement de la lame unguéale ;
- le lichen plan qui provoque une striation et un dédoublement précoce de l'ongle aboutissant à une forme en « V » entraînant parfois la perte de la tablette ;

- la pelade, où les ongles sont le siège de taches rondes, irrégulières (comme au niveau des cheveux) formant des motifs géométriques.

La tablette unguéale peut également être le siège de localisations de dermatite atopique entraînant une trachyonychie (ongles rugueux et opaques striés avec aspect de papier de verre).

Dans le cadre des pathologies dermatologiques, l'interrogatoire du patient ayant connaissance de son affection dermatologique (parfois déjà traitée) est essentiel.

L'examen clinique général retrouvant les localisations sur le reste du corps est l'examen clé. L'examen des ongles de la main ne doit pas être négligé.

Pathologies unguéales traumatiques

Certaines pathologies unguéales peuvent avoir pour cause des traumatismes ou des microtraumatismes. L'interrogatoire ne peut pas passer à côté d'une histoire traumatique aiguë car très douloureuse, avec décollement partiel de la tablette ou hématome sous-unguéal. Les microtraumatismes sont généralement liés au port répétitif d'un chaussage inadapté. Ces anomalies touchent préférentiellement l'hallux ou l'orteil le plus long. Retenons également certaines pratiques sportives (randonnée, escalade, course à pied, danse en chaussons, etc.) comme causes de microtraumatismes.

Onychotillomanie

C'est une mutilation compulsive volontaire (ou des soins cosmétiques inadaptés) qui se traduit généralement au pied par des cuticules refoulées et des bords libres de l'ongle arrachés. Des rainures et des crêtes transversales parallèles apparaissent à la repousse de l'ongle, provoquant une dystrophie. Dans cette pathologie, on peut également observer des hémorragies sous-unguéales.

Rétronychie [1,2]

C'est une pathologie de la matrice (figure 15.5). Elle peut être causée par des microtraumatismes unguéaux qui aboutissent au ralentissement, voire à l'arrêt de la progression unguéale au niveau proximal. La nouvelle tablette s'insinue alors sous la précédente alors que l'ancienne tablette est encore adhérente au lit unguéal en distalité. La superposition des tablettes unguéales au niveau proximal provoque une inflammation aiguë du repli proximal avec douleur et suintement.



Figure 15.5. Rétronychie.
Noter le caractère inflammatoire de la zone proximale.

Cette pathologie, plus fréquente chez la femme jeune, est diagnostiquée par l'association d'une paronychie (inflammation douloureuse des replis unguéaux), d'une modification de la couleur de l'ongle (jaunâtre surtout à sa base) et d'un arrêt de la progression de l'ongle. Cette observation clinique peut aisément être confondue avec un panaris. Le traitement par dermo-corticoïde local puissant peut être tenté dans les formes débutantes. Mais le traitement chirurgical est parfois nécessaire : le décollement de la tablette fait découvrir la superposition au niveau proximal des tablettes (aspect millefeuille) ainsi qu'une forte adhérence entre la tablette la plus profonde et le lit unguéal. Le curetage de la zone matricielle est contre-indiqué sous peine de graves séquelles.

Dans ces étiologies traumatiques, l'éviction de la cause est, là encore, la clé de la guérison.

Les onychopathies microtraumatiques se confondent aisément avec les onychomycoses, d'où la nécessité d'effectuer un prélèvement mycologique en cas de doute.

Pathologies locales et ponctuelles d'une tablette

Il n'est plus ici question d'une pathologie systémique touchant l'ensemble des ongles, mais d'affections localisées ne touchant qu'une seule des tablettes unguéales.

L'appareil unguéal peut être touché par des affections extérieures à celui-ci, leur développement déformant le lit et/ou la matrice unguéale. Il s'agit souvent de pathologie tumorale ou pseudo-tumorale de voisinage : exostose, tumeur glomique, tumeur à cellules

géantes, ostéite chronique, etc. Les traumatismes de voisinage peuvent aussi être la cause de lésions ciblées de l'ongle.

Comme tout revêtement kératinisé, l'appareil unguéal peut également être le siège de carcinome malpighien ou de tumeur pigmentée, notamment de mélanome.

La démarche diagnostique doit comporter :

- un bilan minimal d'imagerie incluant des incidences radiographiques de face et de profil pouvant révéler : une fracture post-traumatique, une érosion corticale, des tumeurs ou des processus kystiques (figure 15.6) ;
- une échographie à l'aide de sonde haute fréquence (18 ou 20 MHz) qui permet l'exploration de l'ensemble de la tablette, du repli unguéal et de tout le lit unguéal. Cet examen est extrêmement intéressant et disponible au cabinet pour l'étude de l'ensemble des tissus mous (figure 15.7).

Dans le cadre de ces lésions, l'aide du dermatologue paraît essentielle, notamment pour la réalisation de dermatoscopie, de capillaroscopie ou pour compléter l'imagerie (IRM).

Pour ces pathologies ciblées, c'est bien évidemment la biopsie unguéale qui doit compléter l'ensemble de ce bilan diagnostique et permettre un diagnostic de certitude.

Une atteinte d'un seul doigt traduit souvent un phénomène local (traumatisme, infection ou tumeur), tandis qu'une atteinte de plusieurs doigts fait plutôt suspecter une dermatose ou une affection générale.

De principe, toute onychopathie d'un seul ongle, traînante et inexplicée, doit faire rechercher une tumeur de l'appareil unguéal.

Le fibrokératome ou tumeur de Koenen (figure 15.8) est une tumeur conjonctive bénigne, de petite taille, localisée en périphérie de l'ongle avec parfois une apparence pédiculée. Le traitement réside dans l'exérèse chirurgicale.

Ongle incarné ou onychocryptose [3]

Il est le résultat d'un conflit entre la tablette unguéale et les tissus périunguéraux. C'est une pathologie spécifique des ongles du pied qui est caractérisée par un gonflement inflammatoire douloureux du bourrelet périunguéal. Le plus classique est l'ongle qui s'incarne dans le sillon mais il peut aussi s'incarner dans sa partie distale au niveau du bord libre en cas de bourrelet antérieur proéminent.

Son développement est favorisé par différents éléments : une coupe trop généreuse de la tablette dans le sillon (à l'origine de la fermeture du sillon et de son

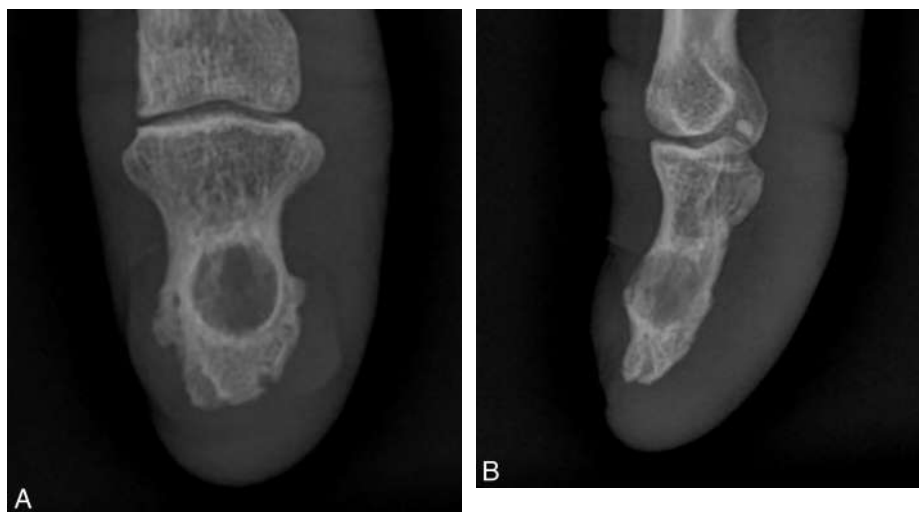


Figure 15.6. Radiographies de face (A) et de profil (B) d'une phalange distale. Exemple de lésion tumorale bénigne avec déformation secondaire de l'appareil unguéal.

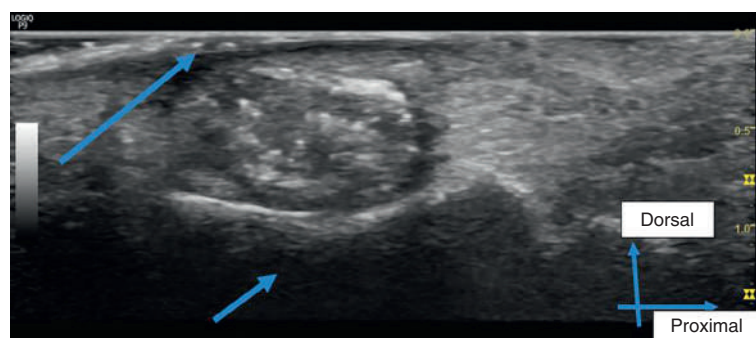


Figure 15.7. Échographie de l'appareil unguéal, coupe longitudinale, sonde 18 MHz. Noter la tuméfaction entre la tablette et la phalange distale. Flèche longue sur la tablette, flèche courte sur la phalange distale (Pd).



Figure 15.8. Tumeur de Koenen.

irritation), une coupe incomplète de la tablette (à l'origine d'une saillie persistante), une hypercourbure de la tablette (augmentant les contraintes mécaniques), l'hyperhydrose, l'hypertrophie du bourrelet périunguéal (refermant le sillon), ainsi que des causes extérieures (pratique sportive, etc.).

Le traitement repose, pour les formes traumatiques sur l'éducation à une bonne coupe unguéale « *Des ongles coupés au carré, sans aucune coupe dans le sillon unguéal, ni coupe arciforme, dans des chaussures aérées.* » L'utilisation d'une lime à ongles au lieu de ciseaux permet de réduire la longueur de l'ongle sans risquer une coupe agressive.

Dans les stades débutants, le traitement médical peut être suffisant et repose sur la désinfection,

l'antibiothérapie (locale et parfois générale). La règle est à l'assèchement des lésions; les bains d'hypochlorite de sodium (Dakin®) réguliers et les pansements occlusifs sont à éviter car ils favorisent la macération, et accentuent encore le conflit entre un sillon irrité et une tablette unguéale agressive.

Les soins de pédicurie sont des compléments indispensables au traitement médical. Ils sont utilisés non seulement en période aiguë douloureuse, mais également à distance pour éviter les récives. Selon le type d'incarnation, il peut être réalisé :

- un dégagement du sillons unguéal inflammatoire avec mise en place de mèches, en cas d'hyperkératose encombrant celui-ci;
- une correction des facteurs anatomiques ayant favorisé cette complication : correction de l'hypercourbure unguéale par « orthonyxie » ou « onychoplastie » (agrafe ou tuile dorsale corrigeant la déformation), correction du conflit entre les 1^{er} et 2^e orteils par orthèse (ou « orthoplastie ») (figure 15.9).

En cas d'échec, il faut réaliser une matricectomie partielle chimique (phénolisation) ou physique (chirurgicale) :

- la phénolisation permet une diminution de la largeur de l'ongle et, par conséquent, la disparition des conflits : après extraction de l'éperon unguéal, une solution de phénol est appliquée directement sur la matrice. Cette intervention non sanglante est régulièrement pratiquée par les dermatologues au cabinet;
- la matricectomie partielle au bistouri comprend dans le même temps la résection du bourrelet hypertrophique ainsi qu'une « matricectomie longitudinale partielle », assurant l'exérèse de la partie unguéale conflictuelle, des tissus inflammatoires et de la matrice dans sa partie latérale. Cette matricectomie partielle doit être la plus économe possible pour éviter un ongle étroit;

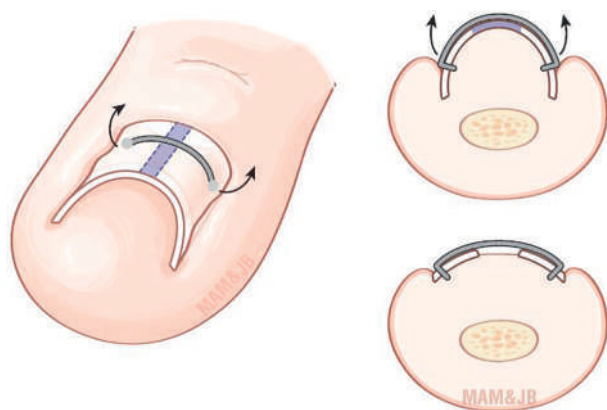


Figure 15.9. Orthonyxie associée à un amincissement longitudinal dorsal de la tablette, améliorant l'efficacité de l'orthonyxie en créant une zone de plicature dorsale.

En cas d'incarnation antérieure et/ou de bourrelet antérieur proéminent, l'intervention de référence est la technique dite de Dubois [4] : Il s'agit d'une incision « en gueule de requin » de façon circonférentielle, à distance de l'ongle, permettant le retrait d'un « quartier d'orange ». Cette technique permet une diminution de l'épaisseur des parties molles antérieures (figure 15.10).

Onychomycose

L'onychomycose toucherait entre 15 et 50 % de la population et représenterait environ 30 % des consultations chez le dermatologue. Son incidence augmente avec l'âge (0,5 % chez l'enfant et 50 % chez les patients âgés de plus de 70 ans). Elle affecte en grande majorité les populations chaussées, car les microtraumatismes et la macération en constituent les facteurs favorisants. Il est important de les dépister chez les patients porteurs de pathologies vasculaires ou de diabète car elles sont source de surinfection bactérienne.

Trois groupes de champignons ayant chacun leurs spécificités cliniques et thérapeutiques peuvent engendrer une atteinte de l'ongle : les dermatophytes essentiellement, plus rarement les levures et les moisissures.

Les formes cliniques sont très variables :

- par leur localisation : distolatérale, sous-unguéale, proximale ou superficielle;
- par leur présentation : hyperkératose (++) avec un ongle blanchâtre, jaunâtre, brunâtre ou même noirâtre, onycholyse ou simples taches blanches crayeuses.

L'atteinte siège sur un ou plusieurs ongles. Il est indispensable devant tout onyxis des orteils d'examiner le pied dans sa totalité (interorteils et voûte plantaire) car les champignons de type dermatophytes infectent systématiquement la peau avant d'attaquer l'ongle.

Diagnostic

Le prélèvement unguéal paraît impératif afin de confirmer le diagnostic et avant de se lancer dans un traitement long et à risque iatrogène.

Avant tout prélèvement, il faut s'assurer de l'absence d'application de traitements antifongiques locaux ou de traitements par voie générale pendant 3 mois. Le retrait de vernis cosmétique est un impératif au moins 48 heures avant.

Le mode de prélèvement est adapté au type de lésions :

- devant des leuconychies superficielles, il suffit de gratter la tablette avec un objet tranchant et de faire le recueil directement dans une boîte de Pétri;
- devant des leuconychies profondes, il faut découper les couches superficielles de l'ongle jusqu'à arriver à la zone profonde friable;

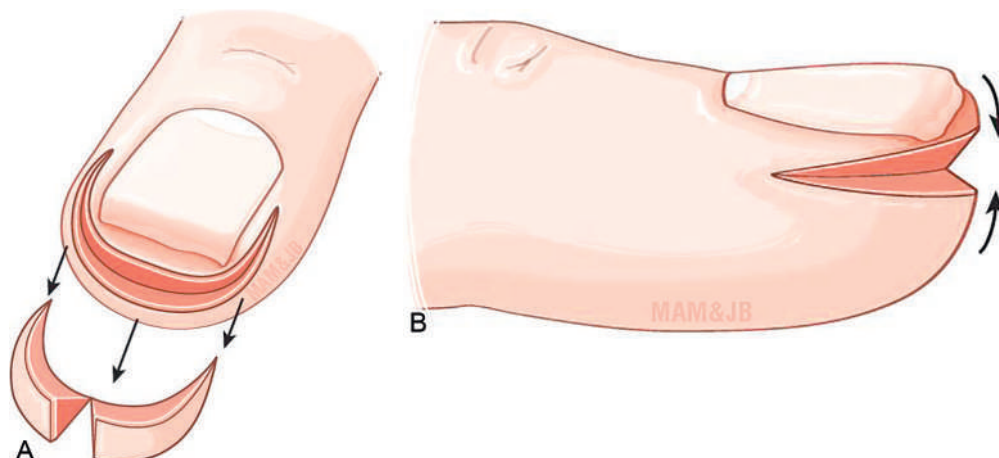


Figure 15.10. Plastie distale selon Dubois.

- en cas d'onycholyse et/ou d'hyperkératose sous-unguéale, il faut découper avec une pince coupante adaptée toute la zone unguéale malade (geste indolore), et recueillir les squames reposant sur le lit de l'ongle les plus proximales possibles (l'ongle lui-même n'est pas conservé pour la mise en culture).

Le prélèvement est adressé à un laboratoire expérimenté pour plusieurs analyses :

- un examen direct réalisé à partir de poudre recueillie au grattage. La présence de filaments mycéliens septés orientés vers le diagnostic d'une mycose, elle signe la présence d'un champignon à l'état parasitaire. Quand ces filaments sont réguliers, il s'agit le plus souvent d'un dermatophyte. Lorsqu'ils sont en revanche irréguliers, vésiculeux, ils évoquent plutôt une moisissure ou un pseudo-dermatophyte ;

- une culture pratiquée sur milieu spécifique pendant 21 jours.

Le prélèvement mycologique de l'ongle étant un geste parfois difficile avec risque de résultat faussement négatif, la technique de diagnostic par PCR (polymerase chain reaction) a été développée pour augmenter la sensibilité de la recherche, mais elle reste aujourd'hui onéreuse et pas forcément discriminante.

Traitement

Seul le traitement des dermatophytes est évoqué ici.

- Dans le cadre d'une atteinte distale (avec tiers proximal de la tablette intact), la mise en place d'un traitement local doit être tentée en premier lieu. En l'absence d'amélioration après 6 mois, il peut être associé un traitement antifongique systémique. En pratique, les vernis seuls sont rarement suffisants, notamment s'il y a une atteinte dans un sillon latéral.

- Dans le cadre des atteintes proximales et/ou associées à une atteinte plantaire, il faut recourir à une triple association :

- avulsion de la zone infectée (découpage, avulsion chirurgicale ou chimique),
- antifongique topique sur la tablette restante,
- antifongique systémique per os.

Terbinafine : 250 mg/j pendant 12 semaines.

Itraconazole : 400 mg/j pendant les repas, une semaine par mois, en 3 ou 4 cures.

Et dans tous les cas, des conseils de prévention doivent être prodigués pour éviter les récurrences : séchage soigneux des pieds, désinfection des chaussures portées pieds nus, examen et traitement de l'entourage familial du patient si nécessaire, éviction du port de chaussures type claquettes dans les lieux publics, etc.

Les déformations et leurs traitements

Descriptions

Les déformations unguéales se produisent le plus souvent sous la forme d'une hypercourbure transversale. Ces hypercourbures peuvent être classées en fonction de leur déformation [5] :

- la plus fréquente est la déformation « en tuile », où la courbure est la même de proximal à distal, et les deux bords de l'ongle sont parallèles. Cette déformation est la source de sillons latéraux très profonds et à haut risque d'incarnation (figure 15.11) ;
- la déformation « en volute » présente une hypercourbure qui augmente de proximal en distal. Elle peut aboutir à une déformation « en tube » ou « en pince » car elle pince littéralement le lit de l'ongle en distalité (figure 15.13) ;

• la « plicature latérale » est une déformation asymétrique qui ne touche en général qu'un seul sillon. La tablette est uniquement pliée dans sa partie latérale (figure 15.12).

Des classifications sont décrites [2], calculant les ratios entre la largeur proximale, distale, l'épaisseur ou la circonférence distale. Ces classifications n'ont d'intérêt que pour l'évaluation et le suivi de techniques chirurgicales.

Les plaintes des patients sont mécaniques et infectieuses; la gêne au chaussage et l'aspect inesthétique viennent au second plan. La perte de la planéité de la tablette est à l'origine de l'accentuation des pressions au niveau des sillons, générant des douleurs méca-



Figure 15.11. Hypercourbure transversale en « tuile ».



Figure 15.12. Dystrophie latérodistale avec bourgeon charnu.



Figure 15.13. Déformation « en tube » avec accentuation de la courbure de proximal et distal.

niques à la marche. De manière extrême, l'hypercourbure transversale aboutit à un repli complet de l'ongle sur lui-même dans le sens transversal, piégeant et « pinçant » la peau pulpaire distale au niveau du bord libre. Cette déformation est alors à l'origine de douleur permanente. Ces déformations s'accompagnent généralement d'un épaissement de l'ongle qui peut lui aussi être source de douleur par conflit avec le chaussage.

Le soulagement est obtenu les premières années par des séances de pédicurie (amincissement dorsal de la tablette et libération des sillons) mais, progressivement, celles-ci deviennent techniquement difficiles, douloureuses et traumatiques du fait de la proéminence du repli périunguéal et de l'occlusion du sillon.

Étiologies

Dans certains cas, ces dystrophies sont héréditaires, apparaissant sur plusieurs générations; elles peuvent même s'intégrer dans des syndromes malformatifs [6]. Les déformations touchent alors tous les ongles au sein des membres d'une même famille.

Le bilan radiographique d'une déformation unguéale peut retrouver des anomalies comme l'élargissement de la base phalangienne ou des exostoses distales [7]. Cependant, les auteurs ne s'accordent pas tous sur le fait que ces exostoses soient l'origine ou la conséquence de ces hypercourbures.

Des causes extérieures doivent être particulièrement recherchées, notamment microtraumatiques, car elles sont une cause majeure d'échec du traitement chirurgical.

Il faut aussi intégrer ces déformations unguéales dans l'ensemble de l'orteil. De nombreuses dystrophies unguéales sont en fait la conséquence d'une anomalie morphologique, ligamentaire, tendineuse ou osseuse.

Des déformations unguéales distales sont fréquentes dans les orteils « en marteau » du fait de l'hyperflexion plantaire de l'articulation interphalangienne distale. Il en est de même pour les troubles rotatoires, notamment dans les pronations phalangiennes des hallux valgus qui sont à l'origine d'une plicature de l'ongle.

Plusieurs auteurs suggèrent que la tablette unguéale aplatie doit sa forme aux contraintes mécaniques qui lui sont transmises par l'appui du pied au sol. On retrouve ainsi des déformations chez des bébés n'ayant pas acquis la marche, ou bien chez des patients longtemps alités. La tablette unguéale se recourberait ainsi en l'absence de contrainte mécanique pulpaire luttant contre cette tendance.

D'autres auteurs évoquent des connexions ligamentaires entre le squelette osseux et la base de l'appareil unguéal. L'hypothèse est que la rétraction de ces structures ligamentaires est à l'origine des déformations de la tablette unguéale et, ceci, en dehors de toute atteinte inflammatoire systématisée [8,9]. Les anatomistes individualisent des expansions des ligaments collatéraux de l'articulation interphalangienne de l'hallux vers la matrice [10].

Traitement médical et podologique

La première étape de ces déformations consiste en la réalisation d'un traitement de pédicurie qui peut combiner amincissement longitudinal dorsal et orthonyxie afin de lutter contre la déformation transversale.

De nombreux outils du commerce permettent aux patients de corriger leur déformation dont la conception de « serre-joint » à positionner la nuit permettrait de déplier la tablette unguéale. Leur efficacité n'a pour autant jamais été démontrée.

En cas d'inefficacité des techniques de pédicurie, un avis chirurgical doit être recueilli afin de traiter d'éventuelles causes exogènes à la déformation unguéale (hallux valgus, exostose, tumeur, etc.).

Le chirurgien du pied peut proposer une correction chirurgicale de la déformation par remise à plat de la matrice et du lit unguéal. De nombreuses techniques chirurgicales ont été décrites [11-13].

Certaines décrivent un décollement de l'ensemble de l'appareil unguéal déformé du plan osseux (décollement du lit de l'ongle et de la matrice) pour assurer sa cicatrisation en position aplatie avec interposition de tissu graisseux entre les structures décollées et le squelette osseux sous-jacent (tissus graisseux de soutènement). Ces techniques sont réalisées pour les déformations touchant majoritairement la tablette unguéale, sans protubérance du repli périunguéal (figure 15.14).

Dans le cadre d'une plicature latérale, une stérilisation partielle de la matrice unguéale peut se justifier (matricectomie médiale ou latérale) (figure 15.15). En revanche, elle ne doit pas être réalisée de manière isolée en cas d'ongle en tuile ou en pince car le risque de récurrence est majeur : la diminution des contraintes mécaniques pulpaire sur une tablette unguéale étroite

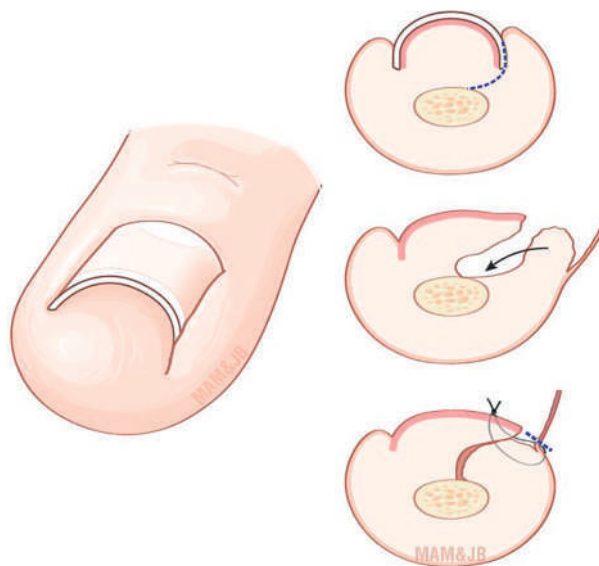


Figure 15.14. Technique chirurgicale de correction de la déformation unguéale avec remise à plat du lit unguéal et interposition de tissu graisseux aux dépens du bourrelet périunguéal désépidermisé.

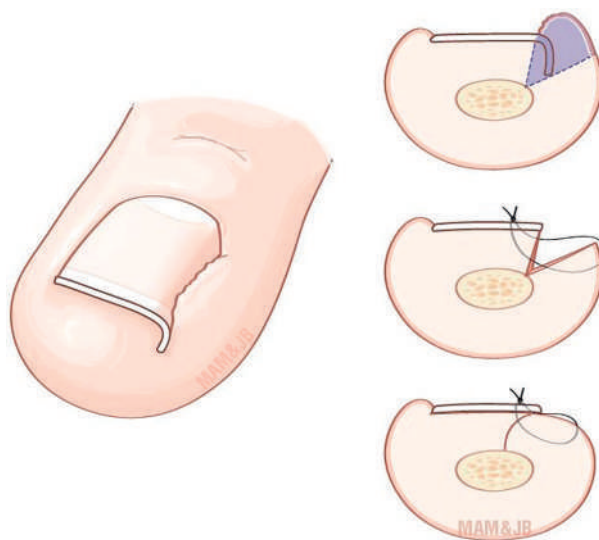


Figure 15.15. Matricectomie longitudinale partielle. Noter l'utilisation d'un point de suture particulier évitant la formation d'un nouveau bourgeon charnu.

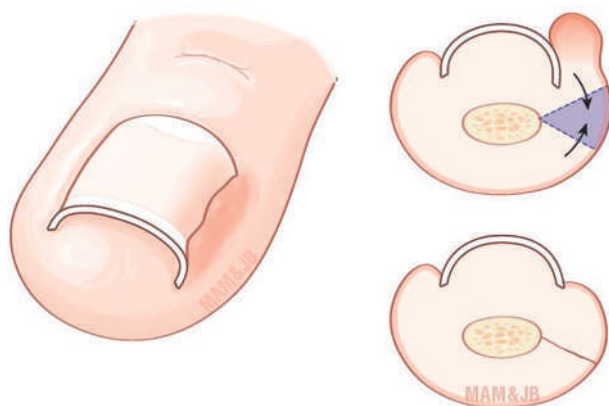


Figure 15.16. Plastie de plicature de la peau latérale pour permettre de diminuer les signes de conflits sur un bourrelet périunguéal hypertrophique.

est un facteur de récurrence. De la même manière, les stérilisations partielles de la matrice unguéale à répétition sont sources d'ongles étroits, mal tolérés cliniquement et dont la déformation en tuile récidive.

D'autres techniques privilégient un traitement du repli périunguéal (figure 15.16). Leur but est de réaliser une plastie de fermeture de la peau latérale pour permettre de diminuer les signes de conflits dans les sillons. La correction mécanique de la déformation unguéale se produit secondairement. Dans ces techniques, la correction unguéale est secondaire par effet de traction de la peau latérale sur l'ongle; l'incision circonférentielle est probablement à l'origine de la section des connexions tendineuses et ligamentaires périunguéale décrite précé-

demment. Leur utilisation est donc à privilégier en cas de repli périunguéal prédominant, débordant largement sur une tablette unguéale transversale peu déformée.

Notons que ces techniques chirurgicales ne s'opposent pas et peuvent être combinées. Ainsi, dans les déformations avec plicature latérale et repli périunguéal «débordant» sur la tablette, on peut associer une matricectomie partielle longitudinale et une plastie cutanée latérale de fermeture.

En dernier recours ou chez des patients très fragiles, il peut être envisagé une matricectomie totale. Le retrait isolé de l'ongle sans matricectomie n'est jamais une solution en cas de dystrophie car la récurrence est systématique et il existe un risque majeur d'apparition d'un bourrelet antérieur cause d'incarnation.

Conclusion

Le chirurgien spécialiste du pied ne peut ignorer les pathologies unguéales tant elles sont fréquentes et sources de consultations. Ces pathologies sont marquées par une diversité étiologique importante (congénitale, médicale, infectieuse, traumatique) dont le traitement est fréquemment médical ou de pédicure. Pour autant, la chirurgie ne doit surtout pas être négligée tant elle est spécifique et fonctionnellement très favorable. Elle permet le soulagement rapide d'un patient pour lequel le conflit mécanique ou le problème infectieux est au premier plan; néanmoins, le résultat chirurgical sur la repousse unguéale s'apprécie à plus long terme.

RÉFÉRENCES

- [1] Richert B, Baran RL. L'ongle de la clinique au traitement. Paris: Ed Med'Com 2009.
- [2] Richert B, Caucanas M, André J. Retronychia. *Ann Dermatol Venereol* 2014;141:799–804.
- [3] de Berker DA, Richert B, Duhard E, Piraccini BM, André J, Baran R. Retronychia : proximal ingrowing of the nail plate. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:978–83.
- [4] Mayeaux EJ, Carter C, Murphy TE. Ingrown Toenail Management. *Am Fam Physician* 2019;100:158–64.
- [5] Dubois JP. Treatment of ingrown nails. *Nouv Presse Med* 1974;3:1938–40.
- [6] Huang C, Huang R, Yu M, Guo W, Zhao Y, Li R, et al. Pincer Nail Deformity : Clinical Characteristics, Causes, and Managements. *BioMed Res Int* 2020;2020:2939850.
- [7] Baran R, Haneke E, Richert B. Pincer nails : definition and surgical treatment. *Dermatol Surg* 2001;27:261–6.
- [8] McGonagle D. Enthesitis : an autoinflammatory lesion linking nail and joint involvement in psoriatic disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23(Suppl 1):9–13.
- [9] Perrin C. Nail Anatomy, Nail Psoriasis, and Nail Extensor Enthesitis Theory : What Is the Link? *Am J Dermatopathol* 2019;41:399–409.
- [10] Guéro S, Guichard S, Freitag SR. Ligamentary structure of the base of the nail. *Surg Radiol Anat* 1994;16:47–52.
- [11] Huang C, Zhao Y, Guo W, Yu M, Li R, Zhu Z. An L-shaped flap for the correction of pincer nail deformity : A case report. *Australas J Dermatol* 2020;61:253–6.
- [12] Cho YJ, Lee JH, Shin DJ, Sim WY. Correction of pincer nail deformities using a modified double Z-plasty. *Dermatol Surg* 2015;41:736–40.
- [13] Altun S, Gürger M, Arpacı E, İnözü E. Correction of pincer nail deformity with dermal flap : a new technique in pincer nail deformity surgery. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2016;50:362–5.