

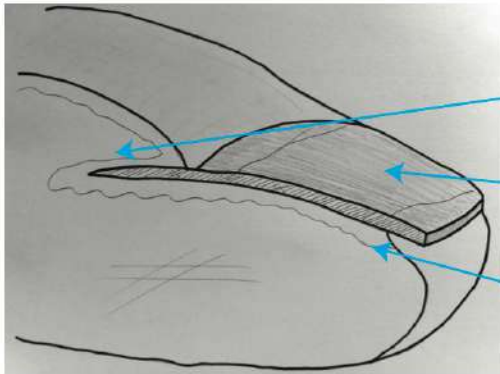
# L'ongle incarné ou Onychocryptose

## DEFINITION



L'ongle incarné ou onychocryptose est le résultat d'un conflit entre la tablette unguéale et les tissus péri-unguéaux. C'est une pathologie spécifique des ongles du pied qui se caractérise par un gonflement inflammatoire douloureux du bourrelet péri-unguéal.

## ANATOMIE



**Matrice unguéale**, produisant la tablette et se situant sous le repli cutané.

**Tablette unguéale**, formant la partie kératinisée de l'ongle.

**Lit unguéal**, sous jacent à la tablette.



**Sillon unguéal**: lieu de jonction entre la tablette et la peau. C'est dans le sillón que se constitue le conflit...

**Bourrelet péri-unguéal**: repli de peau adjacente au sillón.

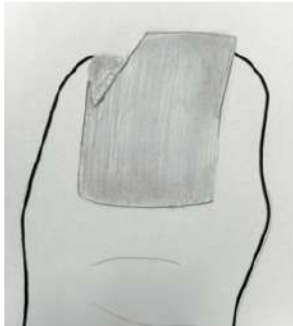
## FACTEURS PRÉDISPOSANTS:

### Coupe des ongles défectueuse +++



La coupe «trop généreuse accidentelle» a pour inconvénient de refermer le sillon unguéal latéral. En effet, celui-ci n'est plus maintenu par le bord latéral de l'ongle manquant. Lors de la repousse unguéale, celui-ci vient buter dans le sillon unguéal qui s'était refermé, provoquant l'incarnation.

Cet événement peut rapidement se chroniciser; le patient, pour se soulager, est tenté de pratiquer une coupe de plus en plus courte et proximale. Une blessure du sillon par instruments pointus, une coupe incomplète laissant persister une esquille unguéale est inexorable, précipitant l'évolution.



La «coupe incomplète». Elle est plus rare que la première et peut survenir sur tous les ongles dont le bord latéral est masqué par le bourrelet péri-unguéal ou du fait de l'hypercourbure unguéale. Le patient dans l'incapacité de couper son ongle en totalité sur le bord latéral, laisser subsister un éperon unguéal qui, continuant à pousser, va faire effraction au bord antérieur du sillon.

### Hypercourbure

Elle tend à verticaliser les bords latéraux qui appuient alors plus fortement dans les sillons unguéaux. Cela peut entraîner des douleurs, ou provoquer des zones d'hyperkératoses, une inflammation et au maximum une effraction du sillon.



### Fragilité du sillon

Elle facilite la pénétration de la tablette unguéale et l'effraction du sillon. Elle est caractéristique de l'enfant et de l'adolescent chez lequel elle est souvent aggravée par une hyperhidrose. Elle se retrouve également à l'autre extrémité de la pyramide des âges, chez le sujet vieux, favorisée par des pathologies sous-jacentes (diabète...).

### Hypertrophie des bourrelets péri-unguéaux

Elle enchâsse la tablette unguéale et la recouvre en refermant le sillon unguéal. Elle est parfois stimulée par un deuxième orteil poussant le bourrelet cutané au dessus de la tablette unguéale.

### Hyperhidrose

C'est un trouble des glandes sudoripares, retrouvé principalement chez l'homme, débutant à la puberté et s'atténuant vers la trentaine. Elle provoque une macération chronique dans les sillons unguéaux.

### Port de chaussures étroites

Elle provoque la compression des orteils entre eux et va entretenir la compression de la tablette unguéale dans le sillon.

### Chaussettes trop serrées

Elles aggravent la macération due à l'hyperhidrose et au port de chaussures trop étroites.

### La pratique du sport (pour certains auteurs)

Tous les sports (en dehors de la natation et des sports effectués pieds nus) peuvent favoriser une incarceration unguéale. Ce n'est pas pour autant une raison d'arrêter cette pratique sportive!

## Les mycoses unguéales

Elle favorisent l'incarnation par le développement d'un trouble de croissance de la tablette unguéale, sortant du sillon et ulcérant la peau adjacente.

### TRAITEMENT PRÉVENTIF

**Le traitement de l'ongle incarné est avant tout une éducation du patient!**

#### Coupe unguéale +++

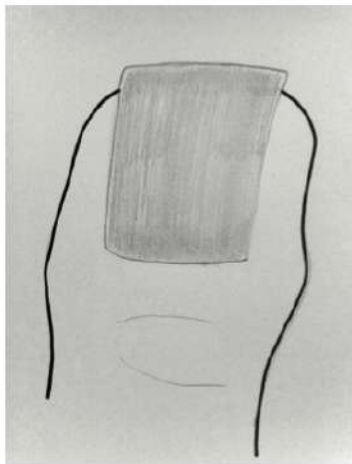
Elle se fait après la toilette, car la tablette est assouplie. La tablette unguéale doit être coupée «au carré» (perpendiculairement à l'axe de l'ongle) seulement dans sa partie distale, une fois sortie des sillons unguéaux. **Aucune coupe dans le sillon unguéale ne doit être réalisée, ni aucune coupe «arciforme»** (laissant nécessairement persister un angle dans le sillon). Seuls les angles saillants produits par la coupe en dedans et en dehors peuvent être régularisés.

#### Hygiène

Lavage des pieds tous les jours, brossage sous-unguéal et latéral pour éliminer les débris kératologiques.

#### Prévenir la macération

Eviter le port de chaussures trop serrées ou les baskets où les pieds macèrent.  
Favoriser la marche pied nu!



«Des ongles coupés après une bonne toilette, long, au carré et dans des chaussures aérées»

### TRAITEMENTS MÉDICAUX ET PODOLOGIQUES

Il constitue le traitement de première intention, leur but étant de soulager le patient et d'éviter la récurrence.

#### Antiseptique et antibiothérapie

Les bains de pied avec polyvidose iodée (bétadine Scrub®) et applications de bétadine® dermique peuvent être recommandés. L'antibiothérapie est possible sur avis médical, soit pour passer le cas d'une surinfection locale, soit avant le traitement chirurgical pour favoriser la cicatrisation post-opératoire.



#### Astuce

Eviter le trempage prolongé dans des solutions à base de Javel (Dakin®) ayant un très bon effet antiseptique mais entraînant un ramollissement des tissus péri-unguéaux favorisant leurs lésions par la tablette unguéale. Eviter également les pansements permanents sur l'orteil, qui en plus de favoriser la macération, comprime le tissu péri-unguéal sur l'ongle, pérennisant le conflit.

Une astuce peut consister à éverser le bourrelet péri-unguéal de l'ongle avec un coton imbibé de ces solutions antiseptiques. Cela a pour effet de nettoyer le sillon unguéal et d'éloigner les deux parties en conflit.

## La cryothérapie

Utilisée par les dermatologues de la même manière que le nitrate d'argent pour brûler le tissu de granulation et le bourgeon charnu réactionnel. Elle peut être d'une grande efficacité et surtout peut être répétée en fonction de l'évolution de l'atteinte. Certaines techniques utilisant le laser ou le phénol produisent la même action.

## Soins de pédicurie

Ils sont des compléments indispensables au traitement médical. Ils sont utilisés non seulement en période aigue douloureuse, mais aussi en chronique pour éviter les récurrences.

Selon le type d'incarnation, il pourra être réalisé:

- un dégagement des sillons unguéaux avec mise en place de mèches, en cas d'hyperkératose encombrant celui-ci.
- une correction des facteurs anatomiques ayant favorisés cette complication: correction de la courbure unguéale par «orthonyxie» ou «onychoplastie» (agrafe ou tuile dorsale corrigeant la déformation). Correction du conflit entre le 1er et le 2ème orteil par orthèse (ou «orthoplasties»).

## TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

Ils deviennent nécessaires en cas d'échec des traitements conservateurs ou de récurrences malgré un respect des mesures de prévention.

L'intervention consiste généralement en une «matricectomie partielle». Il s'agit de la destruction partielle de la tablette unguéale, du lit unguéal et de la matrice. Ce traitement enlève sous la forme d'un «quartier d'orange» l'ongle, les tissus inflammatoires et la matrice. Elle est plus ou moins complète, adaptée en fonction de la localisation de l'incarnation et de son type.



### L'Intervention

est généralement effectuée sous anesthésie locale, insensibilisant uniquement le gros orteil par deux injections d'anesthésiant à la base de celui-ci. L'intervention est réalisée avec les mêmes mesures d'hygiène, de protection et de stérilité que les actes de «petites chirurgies» (gants stériles, champ opératoire, désinfection cutanée...). Elle dure environ cinq à dix minutes et permet le retour à domicile dans les heures suivant l'acte opératoire.



### Les suites opératoires

La marche est possible aussitôt mais devra se faire par une chaussure ouverte (tong, sandalette...) pendant deux ou trois jours, en raison de l'épaisseur du pansement et de la sensibilité locale. Le retour à un chaussage normal est possible entre sept et dix jours.

Les soins post-opératoires sont à effectuer par une infirmière tous les deux jours. Un point de suture pour rapprochement des tissus sera enlevé entre le septième et dixième jour.

**Au dixième jour, TOUT pansement devra être enlevé (pour éviter que ne réapparaisse une macération qui reproduira la lésion). La plaie sera laissée nue.**

Un traitement antalgique vous sera prescrit. Prenez le systématiquement les vingt quatre premières heures. En cas d'effets indésirables, n'hésitez pas à rappeler le secrétariat.

## Les complications possibles

La récurrence est toujours possible, surtout si les mesures de prévention ne sont pas appliquées. L'intervention chirurgicale est là pour faire «passer un cap», mais les mêmes causes peuvent reproduire les mêmes effets... Parfois, c'est une matricectomie incomplète, laissant réapparaître une saillie unguéale qui peut en être responsable.

L'infection est possible mais rare et se traite sans souci par quelques jours d'antibiotique. Elle survient principalement si l'intervention a eu lieu sur une surinfection locale.

## Considération esthétique

L'intervention consistant à «diminuer la largeur de l'ongle», elle peut présenter une certaine dysharmonie par rapport aux autres orteils ou au côté opposé. C'est au chirurgien d'adapter son geste et la résection de la largeur à l'importance de la lésion initiale.