

L'ongle douloureux, quel casse-pied!

Sonia Lévesque

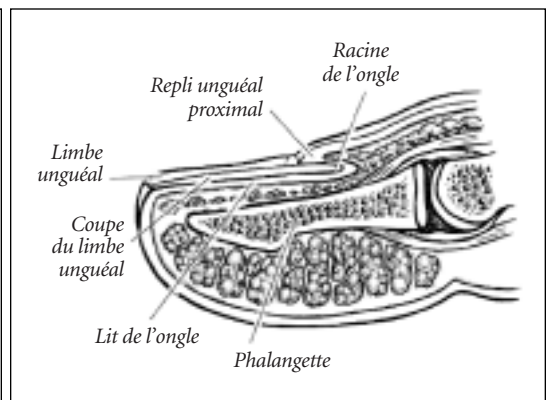
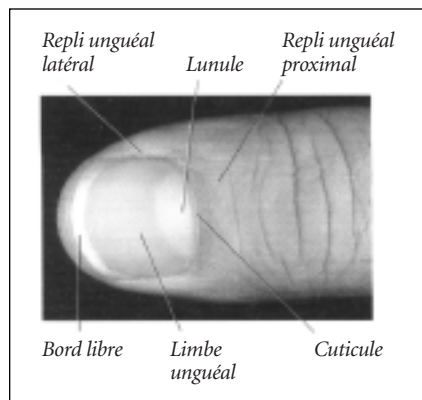
Encore une fois, Marco, le jeune qui travaille au dépanneur du coin, se présente en boitant à votre cabinet.

« Comme si j'en avais pas assez de mon ongle incarné, il a fallu que je me l'écrase sous une caisse de liqueurs! Doc, on pourrait pas l'enlever que ça finisse? J'suis prêt, enlevez-le moi donc! »

Vous vous demandez alors à quoi peut bien servir un ongle dans le fond? Dois-je vraiment l'enlever? Comment puis-je soulager le patient?

Et si on repassait ensemble quelques problèmes fréquents d'ongles douloureux et leur traitement?

EN FAIT, un ongle a plusieurs fonctions importantes. Il ne contribue pas seulement à l'esthétique du pied, mais aussi à la protection des phalanges distales. En outre, il augmente la discrimination tactile. Il est aussi largement utilisé pour se gratter et peut même parfois servir de moyen de défense. Les ongles d'orteils contribuent, en plus, à la biomécanique du pied¹. Il convient donc de bien les traiter. De tous les problèmes liés aux ongles, c'est la douleur qui amène le plus souvent le patient en consultation.



Photos 1a et 1b. Anatomie de l'ongle

L'ongle incarné: un casse-tête ou un casse-pied?

Clopin-clopant, le patient, habituellement adolescent ou jeune adulte, se présente dans votre cabinet en grimaçant à chaque pas. Il s'empresse de vous montrer son gros orteil oedématisé et douloureux et veut qu'on s'attaque au problème au plus vite. Cependant, même si le tableau clinique est difficile-

ment trompeur, il faut, comme pour tout problème de santé, connaître les antécédents médicaux complets du patient. Il faut s'assurer qu'il n'y a pas de maladie générale pouvant entraîner une modification des ongles ou une diminution de la vascularisation périphérique, telle que le diabète, une collagénose, un problème immunitaire ou une dyscrasie. Les médicaments que prend le patient sont aussi très importants, car ils peuvent parfois nuire à l'anesthésie (IMAO, phénothiazine), augmenter le risque de saignement (AAS, anticoagulants) ou encore retarder la guérison (glucocorticoïdes)². Le patient a-t-il des antécédents d'allergie aux anesthésiques locaux? Avant d'examiner de plus près le gros orteil douloureux, le plus fréquemment atteint, vous avez pris soin de remarquer les souliers et les chaussettes de votre

La D^{re} Sonia Lévesque, chirurgienne, exerce au Centre hospitalier Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe.

Tableau I

Facteurs prédisposants de l'ongle incarné

1. Mauvaise taille de l'ongle (l'ongle doit dépasser le bord libre de l'orteil de 2 mm à 3 mm)
2. Souliers mal ajustés (points de pression)
3. Hyperhidrose
4. Traumatismes

Tableau II

Gravité de l'atteinte d'un ongle incarné

Atteinte	Douleur	Érythème	Écoulement
De légère à modérée	Minimale	Léger	Absent
De modérée à grave	Importante	Substantiel	Purulent

Tableau III

Traitement conservateur

- Faire tremper dans l'eau tiède deux ou trois fois par jour
- Soulever les coins de l'ongle (petit coton)
- Laisser l'ongle à l'air fréquemment
- Éduquer les patients (taille d'ongle, souliers)

patient, deux éléments faisant souvent partie du problème. De plus, il faut noter si l'ongle est taillé trop court dans ses portions latérales et perce ainsi le derme au niveau du repli unguéal latéral³ (photos 1a et 1b), agissant alors comme un corps étranger. Que peut-on faire maintenant pour aider ce patient ? Doit-on procéder à une onychectomie ?

Traitement de l'ongle incarné

Tout d'abord, il est primordial d'informer notre patient des facteurs prédisposants de l'ongle incarné (tableau I), le plus important étant la mauvaise taille de l'ongle (figure 1).

Ensuite, le traitement dépend de la gravité de l'atteinte (tableau II).

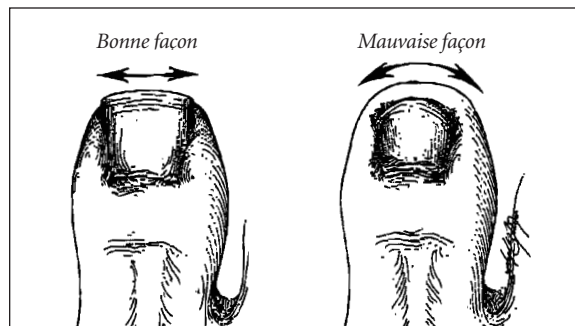


Figure 1. Taille de l'ongle

Pour une atteinte de légère à modérée, un traitement conservateur (tableau III) donnera de bons résultats dans 70 % des cas⁴.

Onychectomie

En cas d'atteinte plus grave, une **onychectomie simple**, et partielle la plupart du temps, en association avec un traitement conservateur est à considérer. Cette technique est simple. Un bloc digital sans adrénaline (vascularisation terminale) est effectué. Puis, avec une technique stérile, on insère un hémostat sous l'ongle, le long du repli unguéal latéral jusqu'à la racine, on l'avulse partiellement et on coupe une bandelette d'ongle (figure 2). Un bandage et des antibiotiques topiques sont appliqués. Les mêmes conseils que pour un traitement conservateur sont donnés au patient. Un suivi est effectué quelques jours plus tard.

Lorsque l'ongle incarné est **récidivant**, il faut considérer une intervention permanente, soit une onychectomie plus radicale. Elle consiste à enlever une portion ou, plus rarement, la totalité de l'ongle avec sa **racine**. L'ablation de la racine permettra d'empêcher la repousse de l'ongle. Il faut alors avoir une bonne discussion avec le patient concernant la morbidité associée à cette intervention. Le but de l'onychectomie est d'enlever la douleur, de traiter l'infection, tout en tentant de conserver le meilleur résultat cosmétique possible. Or, parmi les complications, on retrouve la douleur, l'infection ainsi qu'un risque de récurrence non négligeable. Il y a différentes

Pour une atteinte de légère à modérée, un traitement conservateur donnera de bons résultats dans 70 % des cas.

Repère

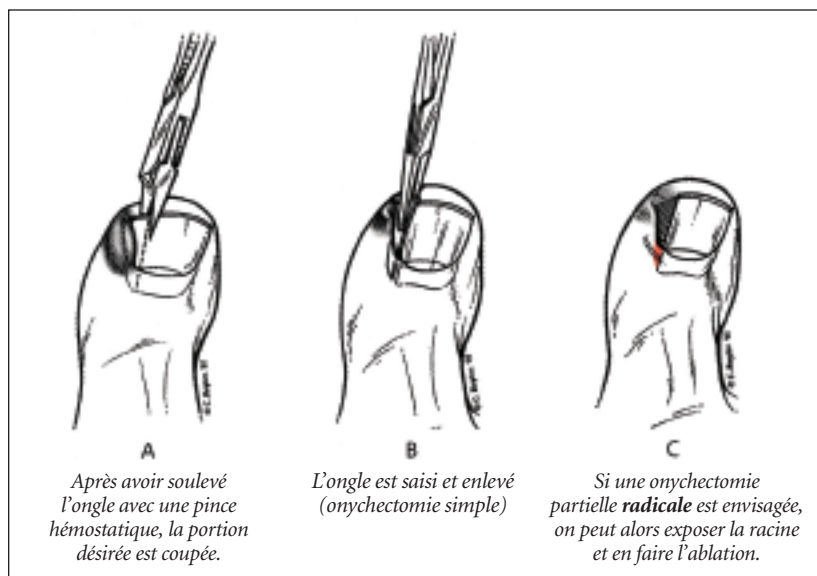


Figure 2. Technique d'onychectomie partielle

techniques pour détruire la racine de l'ongle, mais il n'y a pas de consensus quant à celle qui est la plus efficace^{5,6}. La destruction peut se faire par exérèse chirurgicale, destruction chimique, une combinaison des deux ou une autre méthode (tableau IV).

Comme l'intervention permanente est plus efficace, elle devrait se faire en l'absence d'infection. Il faut donc traiter toute infection avant de procéder. Au départ, la technique est la même que pour l'onychectomie simple, mais comporte en plus une incision à 90° du pli unguéal latéral dans sa portion proximale, de manière à exposer la partie de la racine à détruire. La racine s'étend sous le repli unguéal proximal, assez loin en latéral. Il est très important d'aller chercher la portion de racine en cause au complet, car il suffit de quelques cellules de racine pour entraîner une **récidive**. Cette dernière s'observe souvent sous forme de spicule qui créera de nouveaux problèmes. Pour éviter les saignements pendant l'intervention un tourniquet (Ex. : le drain Penrose) est

utilisé. Il ne faut toutefois pas oublier de l'enlever (au bout de 15 à 20 minutes). Après destruction de la racine, la plaie est fermée par un point simple avec un fil résorbable (Ex. : cat-gut 3-0). On applique ensuite un antibiotique topique et un pansement, puis on donne au patient les instructions sur les soins locaux.

Parmi les techniques de destruction de la racine, les plus employées sont celles utilisant le phénol, l'exérèse chirurgicale ou une combinaison des deux.

Phénol

Le phénol est un acide qui entraîne la dénaturation des protéines. La plupart des médecins l'appliqueront sur la racine à détruire avec une tige de coton. Des précautions doivent être prises pour protéger les tissus avoisinants. Il faut ensuite rincer avec de l'alcool isopropylique à 70 % afin de diluer le phénol. Contrairement à une ancienne croyance, l'alcool ne neutralise pas le phénol qui peut continuer à agir insidieusement et causer des brûlures chimiques⁶. Dans la littérature, il y a une certaine confusion quant à la durée d'application. Toutefois, la plupart des médecins l'appliqueront trois fois, 30 secondes chaque fois. Puis, pour une meilleure efficacité, on suggère de cureter la racine détruite.

Tableau IV

Traitement de l'ongle incarné récidivant

Intervention chirurgicale : simple ou plus radicale (Zadik, Syme)

Produit chimique : phénol, hydroxyde de sodium

Autres : laser, électrochirurgie, cryochirurgie

Lorsque l'ongle incarné est récidivant, une onychectomie radicale (exérèse de la racine associée), le plus souvent partielle, peut offrir un bon traitement. Un consentement éclairé doit alors être obtenu du patient.

Comme l'intervention permanente est plus efficace, elle devrait se faire en l'absence d'infection. Il faut donc traiter toute infection avant de procéder.

Repères

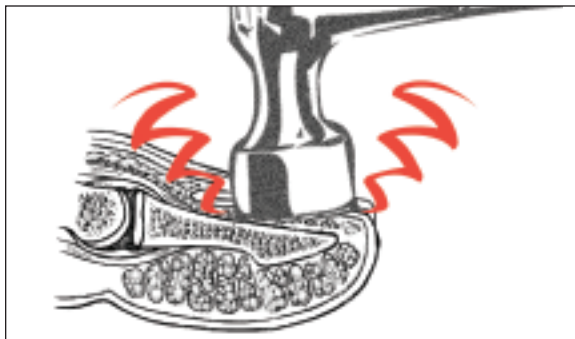


figure 3. Traumatisme unguéal par écrasement

Exérèse chirurgicale

Pour sa part, l'exérèse chirurgicale est simple, mais nécessite une bonne exposition de la racine dans sa portion latérale, comme nous l'avons mentionné précédemment, pour bien l'enlever en entier et ainsi réduire le risque de récurrence. Plusieurs ajouteront à l'intervention l'application de phénol.

Plusieurs articles concluent à la supériorité du phénol contre les récurrences, mais au prix d'un risque plus élevé d'infections. Cependant, la médecine basée sur les faits nous apprend qu'il y a trop peu de données et surtout d'études utilisant une bonne méthodologie pour conclure à la supériorité d'une technique sur une autre, même s'il s'agit d'interventions fréquemment effectuées sur le pied. Bien que la plupart des études sur le sujet soient importantes pour guider le traitement, d'autres études bien construites devront être faites pour tracer de vraies lignes directrices.

Traumatisme unguéal

Hématome sous-unguéal

Parmi les traumatismes unguéaux, l'hématome sous-unguéal est une cause fréquente de consultation à l'urgence, encore une fois à cause de la douleur vive qui y est associée. Il s'observe habituellement après un traumatisme par écrasement (Figure 3), tel que le coincement d'un doigt dans une porte, un coup de marteau ou encore l'écrasement par un objet lourd. Selon l'endroit et l'intensité du traumatisme, l'hématome peut être visible immédiatement ou s'installer plus lentement. Ici aussi, le traitement se fera en fonction de la gravité de l'atteinte.

● Hématome partiel (< 25 %)

Quand l'hématome couvre moins de 25 % de la

portion visible de l'ongle, la bonne vieille méthode du trombone chauffé à la flamme vive demeure une façon rapide et efficace de soulager le patient.

● Hématome important (> 25 %)

Si l'hématome est plus important, il faut alors soupçonner un traumatisme plus grand du lit de l'ongle. Une radiographie est donc nécessaire pour éliminer une fracture associée de la phalange distale. Auparavant, il était recommandé d'enlever l'ongle et de soigner les blessures sous-jacentes. À la lumière d'études plus récentes, on pense que si l'ongle adhère partiellement et n'est pas déplacé, il peut être laissé en place et l'hématome peut être drainé ou non⁷. Cependant, si on a le moindre doute, il est préférable d'enlever l'ongle, de bien évaluer son lit et de traiter les lésions, ce qui permet d'éviter des complications tardives (problème d'esthétique, de fonction et de douleur).

● Hématome chronique

Il peut arriver aussi qu'un patient vienne vous consulter pour un hématome sous-unguéal non douloureux causé par des microtraumatismes (Ex. : souliers mal ajustés, activités sportives). Il faut cependant se méfier lorsqu'il n'y a pas de douleur. Le diagnostic différentiel doit alors comprendre le mélanome sous-unguéal. On peut l'éliminer simplement en faisant une encoche avec une lame de bistouri en position proximale et distale de la région pigmentée. Après trois semaines, si l'hématome n'a pas migré, il faut se méfier ! Comme les ongles des doigts poussent de 0,1 mm par jour et ceux des orteils plus lentement, un hématome devrait se déplacer de quelques millimètres en trois semaines. Dans le cas contraire, une évaluation plus poussée de la pigmentation sera nécessaire. Le spectre des lésions du lit de l'ongle s'étend de la simple lacération à l'amputation.

Traumatismes du lit de l'ongle

● Lacérations simples

La majorité des lacérations simples peuvent être traitées à l'urgence. Après un bloc digital, désinfection et technique stérile, un tourniquet est installé et l'ongle est enlevé délicatement pour limiter les dommages. Il sera souvent nécessaire de bien évaluer la

racine en pratiquant des incisions dans chaque coin du pli unguéal proximal à 90°, permettant ainsi de le soulever comme dans une onychectomie totale. Une bonne évaluation du lit de l'ongle à la loupe est ensuite effectuée et la lacération fermée avec du Chromic 7-0. Il faut éviter un débridement trop vigoureux, car le lit de l'ongle, même fortement contus, peut souvent survivre. Après, on peut remettre l'ongle sur le lit, s'il est utilisable, et le fixer en position avec du Nylon 5-0 soit au repli unguéal proximal, soit au bout du doigt. On doit y créer un petit orifice pour permettre le drainage, à une certaine distance de l'endroit où a eu lieu l'intervention. Si l'ongle ne peut être utilisé, un matériel synthétique (feuille de silicone 0,020 po)⁸ taillé adéquatement et suturé offrira une bonne protection. Un pansement est ensuite posé, puis enlevé environ cinq jours plus tard. Par la suite, on peut installer une petite attelle pendant environ deux semaines, puis recommander des exercices de tapotement après le retrait de l'attelle pour désensibiliser le bout du doigt. **Dans la moitié des cas, la lacération s'accompagne d'une fracture. Si elle n'est pas déplacée, le traitement reste le même. Sinon, une réduction sera nécessaire avec fixation si la fracture est instable.**

● Lacérations complexes, avulsions et amputations

Les plaies plus complexes avec ou sans fractures nécessitent habituellement l'expertise de spécialistes formés dans la chirurgie de la main. La fermeture de ces plaies peut nécessiter des lambeaux, des greffes, etc.

Autres dystrophies douloureuses

Parmi d'autres problèmes fréquents d'ongles douloureux, il y a l'onychogryphose. L'ongle est alors très épais, mal formé, croît en hauteur plutôt qu'en longueur et se détache du lit de l'ongle. Lorsqu'il entraîne

Summary

This painful nail! Painful nails, a frequent problem not easy to treat! Ingrown toenails is one of the most frequent painful nail problems leading to a consultation. Conservative treatment is successful for most cases. Surgery or more invasive and permanent treatments are generally chosen as a second-line treatment, after more conservative treatments have already been tried and failed.

Acute nail injury is also frequent in the emergency room. Although many consider the fingertip injury as a very simple problem, the mismanagement of this type of injury can often lead to a chronic esthetic and possibly painful deformity. Understanding the structures involved and the appropriate management will help prevent this problem.

For another painful nail problems like onychogryphosis, surgery can offer a relief. But most important of all, the risk of the treatment should be known.

Keywords: ingrown toenail, subungual hematoma, nail trauma, onychectomy

de la douleur, on peut alors penser à l'enlever ainsi que sa racine⁹. 

Date de réception : 18 août 2004

Date d'acceptation : 25 octobre 2004

Mots-clés : ongle incarné, hématome sous-unguéal, traumatisme unguéal, onychectomie

Bibliographie

1. Fitzpatrick TB, Freeberg IM. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* 2003 ; 6^e éd. vol. 2 : 159.
2. Fitzpatrick TB, Freeberg IM. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine* 2003 ; 6^e éd. vol. 2 ; 2585.
3. Bates B. *Guide de l'examen clinique*. 2001 ; 4^e éd. : 144.
4. Goldstein BG, Goldstein AO. Paronychia, herpetic whitlow, and ingrown toenails. *Up To Date* 2003 ; 11 (2) : 3-4.
5. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004 ; Surgical treatments for ingrowing toenails. vol. 1 : 1-32.
6. Espensen E, Nixon BP, Armstrong DG. Chemical matrixectomy for ingrown toenails. *J Am Pod Med Ass* 2002 ; 92 (5) : 287-95.
7. Brown RE. Acute nail bed injuries. *Hand Clinics* 2002 ; 18 : 561-75.
8. Green DP. *Operative Hand Surgery*. 2^e éd. 1988 ; 2 : 1331-50.
9. Haneke E. Nail Surgery. *Eur J Dermatol* 2000 ; 10 : 237-41.

Comme les ongles des doigts poussent de 0,1 mm par jour et ceux des orteils plus lentement, un hématome devrait se déplacer de quelques millimètres en trois semaines. Dans le cas contraire, une évaluation plus poussée de la pigmentation sera nécessaire.

Repère