



FICHE D'INFORMATION PATIENT : **L'ONGLE INCARNE**

Madame, monsieur, votre chirurgien vient de vous proposer une prise en charge chirurgicale pour votre pathologie du pied.

Il vous a expliqué les modalités de cette prise en charge (alternatives thérapeutiques, déroulement de l'opération, suites opératoires, résultats prévisibles, mais aussi les principales complications possibles. . .). Ce formulaire est un outil supplémentaire que votre chirurgien met à votre disposition pour vous rappeler les points clés de cette pathologie et vous permettre de revenir sur les points importants de l'opération à venir.

Celui-ci se tient également à votre disposition avant l'intervention pour répondre à nouveau à vos questions.

Fiche réalisée par la « commission médico-juridique »
de l'Association Française Chirurgie du Pied et de la cheville.

L'ANATOMIE

L'ongle normal est lisse, transparent et non friable. Sa courbure est régulière et convexe. Il repose sur un lit unguéal rose, homogène et sans tache. Il est bordé latéralement et médialement par des bourrelets qui peuvent être plus ou moins charnus.

L'appareil unguéal est constitué de l'ongle, de la matrice unguéale permettant son renouvellement et sa croissance, et du lit de l'ongle sur lequel repose l'ongle.

LA PATHOLOGIE (LE PROBLÈME)

L'ongle incarné (ou onychocryptose) est une pathologie qui concerne le plus souvent le gros orteil (l'hallux). Il s'agit d'une lésion du bourrelet péri-unguéal qui peut se surinfecter.

Cette pathologie est favorisée par :

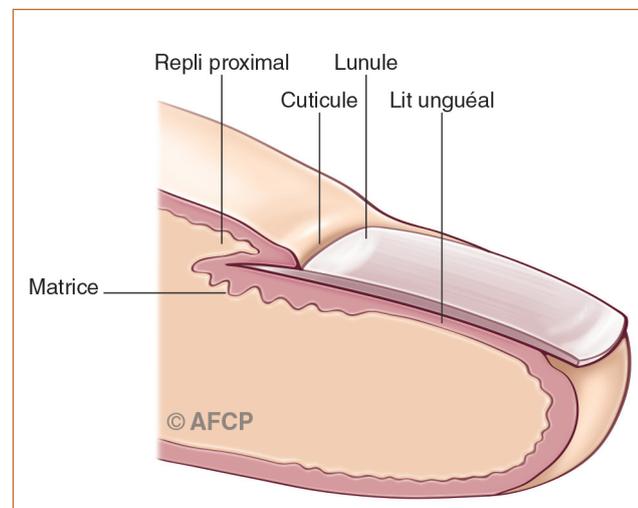
- une mauvaise coupe de l'ongle,
- une sudation excessive
- un chaussage inadapté, en particulier trop serré
- des traumatismes ou des microtraumatismes répétés
- une anomalie de la forme de l'ongle
- une anomalie de la position du gros orteil (hallux), ou des petits orteils entraînant un conflit répété.

Il est provoqué par la croissance de l'ongle lorsqu'il existe un conflit entre le bourrelet péri-unguéal ou le sillon péri-unguéal et l'ongle. Il évolue en 3 stades :

- l'inflammation
- l'infection
- le botriomycome ou bourgeon charnu

LA CLINIQUE

On parle d'ongle incarné quand le bord d'un ongle rentre dans la peau localisée sur les côtés (bourrelet péri-unguéal). Ce problème se situe surtout au niveau des ongles de pieds, en particulier sur le gros orteil (hallux). Il se manifeste par une rougeur et un gonflement de la zone, accompagnée d'une douleur plus ou moins intense, qui s'intensifie quand on appuie dessus ou quand on met des chaussures serrées. Si rien n'est fait, la douleur peut devenir permanente et s'intensifier. La peau est très rouge et la zone chaude. La peau sur les pourtours de l'ongle peut être très gonflée, rouge et très douloureuse (botriomycome ou bourgeon charnu), et siège d'un écoulement de liquide purulent. C'est le signe d'une infection.



LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cette pathologie est surtout clinique. Dans certains cas votre chirurgien peut demander des examens complémentaires comme une radiographie ou un bilan sanguin pour rechercher une complication en particulier une infection profonde ou une cause à votre ongle incarné.

LES TRAITEMENTS MEDICAUX

> LES PRINCIPES DU TRAITEMENT MEDICAL

Un soin par un pédicure podologue peut vous être proposé. En fonction de la cause de votre ongle incarné et de son stade évolutif il peut consister en :

- un simple soin avec un apprentissage de la bonne coupe de l'ongle
- une orthonyxie (appareillage métallique ou de résine que l'on fixe sur l'ongle. Il a pour but de corriger la courbure de l'ongle et de guider la pousse de l'ongle. Il permet ainsi de redonner une courbure physiologique à l'ongle dont l'exagération peut provoquer un ongle incarné).
- une orthoplastie (espaceur visant à supprimer le conflit entre les orteils)

> LES RISQUES ET COMPLICATION EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT

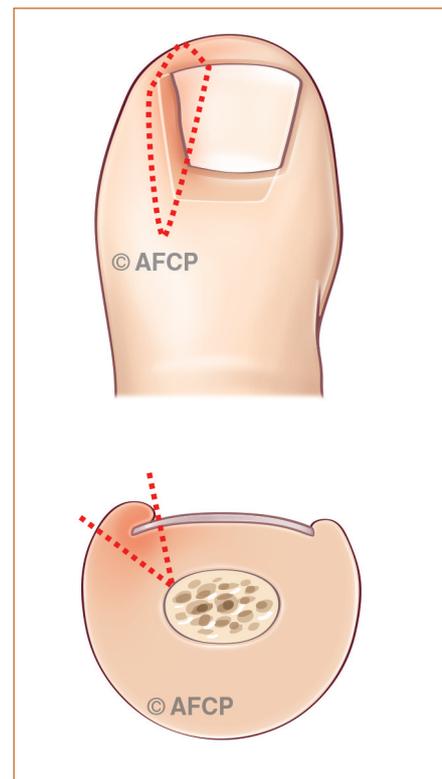
Si rien n'est fait, la douleur peut devenir permanente et s'intensifier. La peau est très rouge et la zone chaude. La peau sur les pourtours de l'ongle peut être très gonflée, rouge et très douloureuse (botriomycome ou bourgeon charnu), et siège d'un écoulement de liquide purulent. C'est le signe d'une infection. Si l'infection atteint l'os on parle d'ostéite.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

> LES PRINCIPES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'intervention se déroule habituellement sous garrot placé à la racine de l'orteil. Votre chirurgien va réséquer le bourgeon charnu ou botriomycome. La partie de l'ongle (bord interne, externe ou les deux) qui provoque le conflit est enlevée. Une petite incision située à la base de l'ongle permet à votre chirurgien d'enlever la zone de la matrice unguéale (partie de l'ongle qui permet sa croissance et son renouvellement) responsable du conflit avec le bourrelet unguéal. En fonction du stade de votre ongle incarné et des habitudes de votre chirurgien, des points de suture peuvent être réalisés ou non. Après l'intervention des soins locaux doivent être réalisés jusqu'à cicatrisation complète. Après ce type de chirurgie votre ongle sera un peu plus étroit et aura un bord rectiligne.

S'il existe une déviation de l'hallux (gros orteil) parfois appelée crosse latérale qui provoque un conflit avec le 2e orteil à l'origine de l'inflammation de l'ongle, votre chirurgien peut vous proposer de redresser l'orteil par une ostéotomie dans le même temps opératoire ou au cours d'une autre chirurgie.



L'HOSPITALISATION

Votre hospitalisation est dans la majorité des cas ambulatoire (une journée d'hospitalisation) mais peut être prolongée de quelques jours suivant vos pathologies associées ; ainsi que votre situation médicale et sociale.

> L'ANESTHÉSIE

Une consultation préopératoire avec un médecin anesthésiste-réanimateur peut être demandée. Ce médecin vous expliquera, lors de cette consultation, les modalités et les choix possibles d'anesthésie adaptée à la chirurgie et à vos problèmes de santé.

Lors de cette consultation, il sera également fait le point sur vos traitements médicamenteux. De nouveaux traitements pourront également être mis en place, que cela soit avant ou après l'intervention. Les plus fréquemment utilisés sont des anticoagulants, des antibiotiques, des antalgiques, des anti-inflammatoires... Ils comportent bien sur des risques spécifiques.

L'anesthésie opératoire pourra être **locale** (anesthésie de l'orteil et du métatarsien concerné), **locorégionale** (anesthésie plus large englobant un segment de membre, de la jambe aux orteils), **rachidienne** (anesthésie du bassin et des membres en piquant entre deux vertèbres) ou **anesthésie générale**.

La transfusion sanguine

Une transfusion sanguine est rare dans ce type de chirurgie où le saignement est très limité.

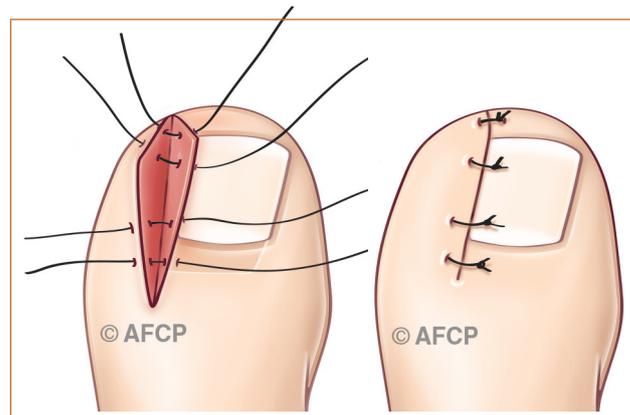
> L'INSTALLATION AU BLOC

Vous serez le plus souvent installé couché sur le dos.

> LA TECHNIQUE

- **La durée de l'intervention** est relativement courte, de quelques dizaines de minutes à moins d'une heure. Le temps dépend de la technique choisie, des difficultés rencontrées et des gestes réalisés pendant l'opération.
- **Un garrot** peut être utilisé, pour interrompre temporairement l'arrivée de sang au niveau de la zone opératoire. Celui-ci est généralement placé à la base du gros orteil.
- **Les incisions** sont habituellement de quelques centimètres et dépendent du type de techniques utilisé par votre chirurgien.

Au cours de l'intervention, votre chirurgien peut se trouver face à une situation ou un événement imprévu ou inhabituel imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement. Une fois réveillé et l'intervention terminée, la démarche de votre chirurgien et les actes réalisés vous seront expliqués.



LE POST OPERATOIRE

> L'APPUI

Généralement permis dans les suites immédiates de l'intervention. Celui-ci peut parfois être différé selon votre intervention ou les constatations de votre chirurgien. Cet appui peut être facilité par le port d'une chaussure post opératoire spécifique.

Des cannes peuvent être utiles les premiers jours surtout pour les patients les plus fragiles et les moins autonomes. La majeure partie des consignes vous sera donnée avant l'opération.

> L'OEDEME POST OPERATOIRE

Est habituel en chirurgie du pied et n'est pas une complication. Il est recommandé de garder le pied en hauteur pour en limiter l'importance.

La prise en charge de l'œdème est essentielle non seulement pour atténuer la douleur mais aussi pour améliorer la qualité de la cicatrisation : ainsi, une certaine période de repos, de surélévation et la mise en place d'une contention veineuse peuvent être utiles.

> LES SOINS A LA MAISON

En fonction de votre chirurgie et de l'intervention réalisée, des **soins de pansements** par une infirmière pourront vous être prescrits. Les soins sont habituellement prescrits jusqu'à la cicatrisation de la plaie opératoire.

> LES TRAITEMENTS MEDICAUX

Un traitement anticoagulant peut dans certains cas vous être prescrit afin de limiter le risque de formation de caillot de sang dans vos veines (phlébite) cela est fonction de votre autonomie et de votre état de santé.

Les douleurs post opératoires seront très facilement contrôlées par les traitements antalgiques mis en place et prescrits par votre anesthésiste ou votre chirurgien.

La douleur post-opératoire de ce type de pathologie pose généralement peu de difficulté. Même si des antalgiques forts peuvent être utilisés dans les suites immédiates, le retour à la maison avec des antalgiques simples est la règle.

> LES CONSULTATIONS POST OPERATOIRES

Un suivi post opératoire vous sera proposé par votre chirurgien, son rythme dépendra de votre geste opératoire et de votre évolution. Les premières consultations portent sur la surveillance de la cicatrisation et de l'état local. Les consultations ultérieures concernent la surveillance de l'évolution des gestes effectués et de votre récupération fonctionnelle.

Les ostéotomies nécessitent un suivi radiologique sur plusieurs mois pour surveiller la consolidation, guider l'abandon d'une immobilisation, ou la reprise de l'appui.

Le suivi habituel en l'absence de gestes associés est d'environ 15 jours à 1 mois, correspondant au retour à un chaussage standard.

CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'OPERATION

L'intervention permet le plus souvent de traiter le problème d'incarnation de l'ongle et de reprendre un chaussage normal sans douleur. Il faudra cependant veiller à couper votre ongle avec soin en respectant les consignes de votre chirurgien.

LES RISQUES

Malgré les compétences de votre chirurgien et de l'équipe qui vous prend en charge, tout traitement comporte malheureusement une part d'échec. Cet échec peut aller de la réapparition des symptômes à leur aggravation ou à d'autres risques plus importants. Ces risques peuvent être le fait du hasard, de la malchance, mais peuvent aussi être favorisés par des problèmes de santé qui vous sont propres (connus ou non, locaux ou généraux). Il est impossible de vous présenter ici toutes les complications possibles, mais nous avons listé ci-dessous les complications les plus fréquentes ou les plus graves qui peuvent parfois être rencontrées dans votre pathologie.

> LES DOULEURS CHRONIQUES ET L'ALGODYSTROPHIE

Toute prise en charge médicale ou chirurgicale dans le cadre de phénomènes douloureux, peut de manière aléatoire et imprévisible voir persister les phénomènes douloureux ou même en renforcer d'autres. Ces phénomènes douloureux chroniques peuvent s'installer dans le temps sous la forme de douleur complexe et régionale, pouvant évoluer de nombreux mois, laissant parfois persister des séquelles trophiques ou articulaires.

> L'INFECTION

L'intervention est souvent proposée pour traiter un ongle incarné infecté, le geste opératoire est alors proposé pour traiter cette infection. En complément du traitement chirurgical une antibiothérapie est parfois nécessaire mais n'est pas systématique.

Malgré toutes les précautions de désinfection et de préparation cutanée, toute incision chirurgicale expose à un risque de contamination microbienne qui peut être responsable d'une infection. Ces infections peuvent se déclarer de manière précoce ou beaucoup plus tardive. Elles nécessitent souvent la mise en place d'antibiotiques, peuvent nécessiter des ré interventions chirurgicales et être à l'origine de séquelles douloureuses ou fonctionnelles. Certains facteurs comme le diabète, le tabagisme ou des immunodépressions (corticoïdes . . .), peuvent favoriser cette complication.

> LES TROUBLES CICATRICIELS

Malgré tout le soin porté par votre chirurgien à la plaie opératoire et les soins infirmiers, il peut exister des troubles de cicatrisation parfois favorisés par une pathologie générale ou locale tels le diabète ou les insuffisances circulatoires par exemple. On peut ainsi retrouver un retard ou un trouble de cicatrisation pouvant aller de la cicatrice disgracieuse à la désunion ou à la nécrose cutanée. Ces troubles cicatriciels peuvent également favoriser l'infection. La cicatrisation est plus longue généralement qu'une plaie suturée, du fait d'une cicatrisation progressive.

> LES COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES

Toute prise en charge chirurgicale, surtout du membre inférieur, peut favoriser la création d'un caillot sanguin obstruant les veines et réalisant une phlébite. Ce caillot peut même gagner la circulation pulmonaire et être responsable d'une embolie aux conséquences parfois graves voire fatales. La prévention de cette complication peut se faire par la mise en place d'une anticoagulation en fonction de la chirurgie et de votre état de santé.

> LE SAIGNEMENT POST-OPERATOIRE

Un saignement post opératoire est possible et peut nécessiter le cas échéant la réfection prématurée du pansement. Limiter vos déplacements et penser à surélever votre membre inférieur opéré pendant les premiers jours peut vous aider à diminuer ce risque.

> LES COMPLICATIONS DE VOISINAGE

Etant donné la proximité de la zone opératoire et d'éléments osseux, tendineux, vasculaires ou nerveux, il peut exister, de manière directe ou indirecte par rapport à l'intervention, des conséquences sur ces éléments de proximité : hémorragie, hématome, parésie, paralysie, insensibilité, déficit de mobilité, raideur articulaire . . . Compte-tenu du lieu de la cicatrice, l'atteinte d'un petit nerf peut entraîner une insensibilité voire des douleurs persistantes.

Dans certains cas, il peut être nécessaire de ré-intervenir, pour drainer un hématome, décompresser un nerf, libérer des tendons...

> LES COMPLICATIONS MEDICAMENTEUSES

Au cours de cette intervention, il pourra vous être prescrit des médicaments particulières et spécifiques. Les plus fréquemment utilisées sont des anticoagulants, des antibiotiques, des antalgiques, des anti-inflammatoires... Celles-ci comportent bien sûr des risques propres et parfois graves qui sont parfois imprévisibles.

> L'INTOXICATION TABAGIQUE

L'intoxication tabagique est un facteur de risque important pour la chirurgie du pied et de la cheville, favorisant notamment les troubles cicatriciels, les infections et les complications thromboemboliques, ainsi que des problèmes de consolidation osseuse.

> LA RECIDIVE

Dans de rares cas, une récurrence de l'ongle incarné est possible, pouvant nécessiter une reprise chirurgicale.

> LE DEMONTAGE ET BRIS DE MATERIEL

En cas d'ostéotomie associée, votre prise en charge chirurgicale a fait appel à la mobilisation de segments osseux, nécessitant parfois la pose de matériel chirurgical (plaque, vis, broche, fils...) afin de corriger une déformation. Comme tout matériau, ces implants chirurgicaux peuvent être responsables de complications, du fait de leur fragilité propre (rupture du matériel) ou de déplacement du montage du fait de contrainte mécanique trop élevée sur les structures où ils sont implantés (déplacement du matériel entraînant une perte de la correction).

Ainsi ce matériel chirurgical peut parfois nécessiter d'être réopéré en cas de déplacement post opératoire ou de complication propre.

Enfin, et à distance de l'intervention, une fois la période post opératoire passée, et votre pathologie guérie, ce matériel peut également faire l'objet d'une ablation dans le cadre d'une chirurgie programmée en fonction de sa localisation ou si celui-ci est responsable d'une gêne ou d'un conflit local.

> LES MAUVAISES CONSOLIDATIONS OU ABSENCE DE CONSOLIDATION OSSEUSE

La prise en charge chirurgicale de votre pathologie est basée sur la consolidation osseuse qui est un phénomène biologique. Cependant, celle-ci peut faire défaut, ou l'objet de retard. Ainsi, une arthrodèse (blocage de l'articulation) et/ou une ostéotomie (coupe osseuse) peuvent ne pas consolider (fusionner). Une nouvelle intervention chirurgicale peut alors être nécessaire.