

Intérêt d'une prothèse unguéale et technique de pose.

Dr S. Guero

1. En urgence

L'avulsion de la tablette unguéale s'accompagne d'une altération du lit de l'ongle avec deux types d'évolutions défavorables : l'Hyper bourgeonnement et la Kératinisation.

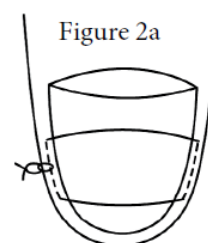
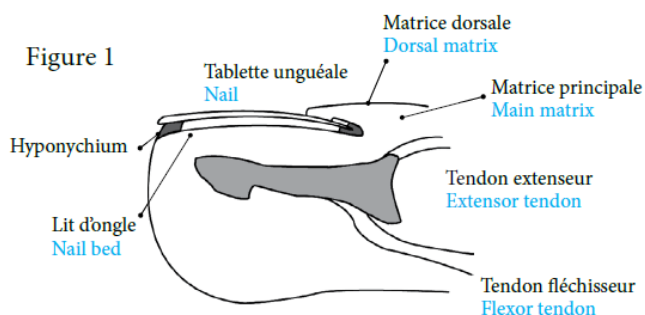
L'hyper bourgeonnement

Le lit de l'ongle étant très vascularisé, les botryomycomes sont fréquents. Ils sont parfois résistants à tout traitement médical (corticostéroïdes, nitrage) et, dans quelques cas, l'excision chirurgicale est nécessaire. La repose de la tablette ou d'une prothèse unguéale prévient mécaniquement l'hyper bourgeonnement.

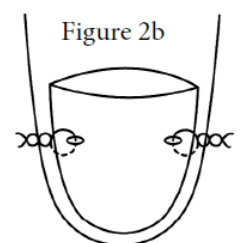
La Keratinisation

On sait désormais que le lit de l'ongle n'est pas une «matrice stérile»(Fig. 1). Selon les individus, la production de kératine varie entre 1 à 10 % de l'épaisseur de la tablette unguéale. En cas d'avulsion unguéale, après la phase de cicatrisation, le lit de l'ongle réagit à l'exposition à l'air en précipitant sa production de kératine.

Dans le meilleur cas, l'ongle nouvellement formé est souple et bute sur le lit de l'ongle durci. L'ongle ralentit sa progression de proximal en distal et forme un bourrelet au proximal du lit de l'ongle. Ce bourrelet ne progressera alors que très lentement en s'épaississant. La tablette unguéale finira par atteindre l'hyponychium en 6 mois au lieu de 3 à 4 mois et sera très inesthétique. Il faudra encore attendre 6 mois pour qu'elle s'affine.



Fixation par point en U
U-point setting



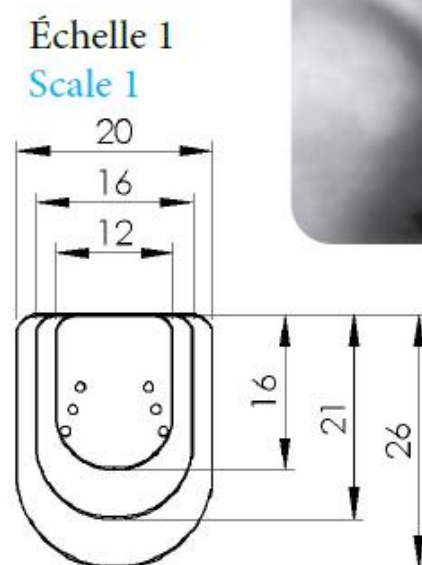
Fixation par 2 points latéraux
Double lateral point setting

2. Chirurgie «à froid» des dystrophies unguéales

Les demandes de consultations pour dystrophies unguéales sont très fréquentes tant l'esthétique des mains et des pieds compte pour les patients.

Qu'elles soient d'origine traumatique, infectieuse ou congénitale, les dystrophies unguéales peuvent-être améliorées voire guéries à condition de guider la repousse du nouvel ongle pour éviter les avatars physiologiques que nous avons énumérés ci-dessus. Or ce prélèvement est douloureux, impose de nombreux pansements et provoque parfois des dystrophies unguéales sur le site donneur. Le recours à une prothèse unguéale dont la structure est proche de la morphologie d'un ongle, simplifie considérablement les suites de cette chirurgie. Les prothèses unguéales sont donc indispensables en chirurgie réparatrice :

- en urgence lorsque l'ongle avulsé n'est plus disponible,
- à froid pour éviter le prélèvement d'un ongle sain.



Modèle / Model	Référence/ Reference
Taille 1/ Size 1	21.001.01
Taille 2/ Size 2	21.001.04
Taille 3/Size 3	21.001.02



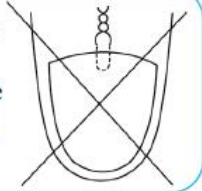
Implant non stérile
Non sterile implant



Implant stérile
Sterile implant

Figure 2c

Ne pas faire
Do not do



Note technique

La prothèse unguéale a une taille légèrement supérieure à la normale pour autoriser toutes les recoupes et s'adapter à toutes les formes d'ongles. Sa concavité reproduit la forme d'un ongle normal. Fait capital, sa face profonde est striée longitudinalement comme un ongle naturel. L'ongle doit être attaché latéralement par deux points séparés ou par un point en U (Fig. 2a et Fig. 2b).

Par contre il est déconseillé de passer un point dans la peau dorsale au risque d'atteindre la matrice et de laisser une strie longitudinale définitive (Fig. 2c). Cette technique de fixation préconisée par certains auteurs doit donc être bannie.

De plus la prothèse ne sera glissée sous la peau que pour la chirurgie à froid, dans le cas de reconstruction du sillon matriciel.

En urgence, nous conseillons de ménager un intervalle entre la peau dorsale et la partie sous-cutanée de l'ongle (ongle mou) qui diminue les risques de panaris péringuéaux. Même si une prothèse livrée stérile est mieux tolérée qu'un ongle avulsé il faut impérativement assurer un bon drainage de l'hématome.