**Pathologie pédicurale**

Généralités

# L’appareillage

## Les prothèses

= remplacement d’un segment corporel ou d’un organe absent

## Les orthèses

= s’applique à un segment corporel pour lui porter assistance

### Les semelles orthopédiques

= orthèse plantaire amovible et adaptable dans une chaussure de série, dont le but est exclusivement thérapeutique

### L’orthonyxie par agrafe

= ressort métallique actif ou non, appliqué sur la face supérieure de la plaque unguéal, ayant pour but de modifier la forme ou la dimension de celle-ci, afin d’éviter ou de faire cesser toute douleur avec les sillons ou les bourrelets périunguéal

### L’orthoplastie

= orthèse spécifique et amovible destinée à diminuer les déformations des orteils et à traiter les lésions conflictuelles qui en récultent

## Les aides techniques

ex : canne, béquille

# Les mécanismes d’Apparition des pathologies des parties molles

## Causes extrinsèques

- chaussures mal adaptée = cause +++

- les chaussettes, les bas ou les collants : coutures mal positionnée, effets de garrot, pb d’hygiène ( séchage important )

## Causes intrinsèques

- forme du pied

PIED GREC

PIED EGYPTIEN

🡪 hallux valgus

PIED CARRE

🡪 hallux valgus ou quintus varus

PIED CREUX / PLAT

N.B. phlyctène 🡪 cor plantaire 🡪 bursite (=inflammation) 🡪 exostose (=prolifération osseuse excessive)

- pathologie congénitale : varus équin, pb de hanche, polydactylie,...

- pathologie acquise : à la suite d’un traumatisme, d’une facture, d’un mauvais positionnement de la cale osseuse, d’un blocage articulaire, ou d’une cause unguéal.

RAGHADES

# Définition

## 

## Fissure superficielle qui ne touche que l’épiderme,

## indolore, localisée sur talon calleux

### Ethiologie

Hyperappui

Frottements

Anomalie morphologique du pied

Chaussant sans contreforts

### Traitement

Antisepsie au Dakin

Exérèse des callosités

Hydratation (vitamine A)

Conseils sur les chaussures et l’entretien

CALLOSITES

# Définition

## 

## Épaississement hyperkératosique qui touche

## Uniquement l’épiderme ; Situé sur le pourtour,

## à la limite de la face plantaire, du talon.

### Ethiologie

Chaussures trop grandes

Hyperappui

Frottements

Anomalie morphologique du pied

Chaussant sans contrefort arrière

### Signes cliniques

### Jaunâtre ou blanchâtre suivant l’épaisseur

### Dure

Peau sèche

## Sensation d’échauffement

Esthétique

### Évolution

Raghades ou crevasses

### Traitement

Antisepsie au Dakin

Exérèse

Hydratation (vitamine A)

Conseils sur les chaussures et l’entretien

CREVASSES

# Définition

## Fissure profonde qui ne touche le derme, localisée

## sur talon calleux ; Les berges sont hyperkératosiques

et les berges sont sanguinolents, très douloureux.

### Ethiologie

Hyperappui

Frottements

Anomalie morphologique du pied

Chaussant sans contreforts

### Traitement

* Crevasse non infectée

Antisepsie au Dakin

Exérèse des callosités

Dékératinisation des berges

Rincer au sérum physiologique

Antiseptique ou pommade cicatrisante

Pansement

Conseils sur les chaussures et l’entretien

Ne pas attendre l’apparition des crevasses

Prescription : changement du pansement et hydratation

* Crevasse infectée

Antisepsie au Dakin

Drainage des plaies

Exérèse des callosités et des berges

Rincer au sérum physiologique

Antiseptique : Bétadine

Pansement

Conseils : revenir dans 48h pour contrôle

Si complication orienter vers un médecin

venir avant apparition des crevasses

FISSURATIONS

# Définition

## 

## Fissure qui ne touche que l’épiderme ou le derme

## mais en l’absence d’hyperkératose provoquant des

douleurs mécaniques et inflammatoires

### Ethiologie

Hyperhydrose

Macération

### Traitement

* Fissuration non infectée

Antisepsie au Dakin

Exérèse des callosités

Dékératinisation des berges

Rincer au sérum physiologique

Antiseptique ou pommade cicatrisante

Pansement

Conseils sur les chaussures et l’entretien

## Ne pas attendre l’apparition des fissures

Prescription : changement du pansement et hydratation

* Fissuration infectée

Antisepsie au Dakin

Drainage des plaies

Exérèse des callosités et des berges

Rincer au sérum physiologique

Antiseptique : Bétadine

Pansement

Conseils : revenir dans 48h pour contrôle

Si complication orienter vers un médecin

venir avant apparition des crevasses

DURILLONS

# Définition

## Hyperkératose localisée sous la face plantaire du pied

## au niveau des points d’appui.

### Ethiologie

Hyperappui

Frottements

Anomalie morphologique du pied

Poids répartis sur l’avant du pied

Talons hauts

Semelles trop fines

Pathologies (polyarthrite rhumatoïde)

Pieds nus dans les chaussures

### Signes cliniques

* Fonctionnels

#### Échauffements, brûlures

Gène à la marche

* Physiques

Jaunâtre, rougeâtre autour (inflammation)

Bien délimité mais pas régulier

Dur

Mobile sur la peau

### Localisation

## Sous les têtes métatarsiennes

Sous l’articulation interphalangienne du gros orteil

Sur bords latéraux au niveau des têtes métatarsiennes

Jamais sous les orteils

### Évolution

## Inflammation

Formation d’une bursite

### Traitement

Antisepsie au Dakin ou à l’alcool

Exérèse

Hydratation (vitamine A)

Conseils

Fréquence de traitement

Chaussant

Semelle orthopédique

Orientation vers un médecin

**Les hyperkératoses**

# Callosités

1. **Définition :**

= induration du revêtement cutanée avec épaississement de l’épiderme

=> plaque cornée uniforme

1. **Etiologie :**

- microtraumatismes répétés sur une large surface

- hyperpression

1. **Caractéristiques :**

- surface large

- inesthétique & gênant

- évolution : rhagades de taille & de profondeur variables

- pas de douleur sauf si rhagade

1. **Fréquence :**

- surtout sur les personnes ayant des peaux malnutries

- en général à partir de 40 ans

1. **Localisation :**

- au niveau du talon ++ : surtout sur pourtour & externe

- bords plante du pied

- crêtes face plantaires des orteils

**Pour rhagades :**

- pourtour du pied

- espaces interdigitaux ( hyperhydrose )

1. **Traitement**

- nettoyer + durcir à l’alcool à 70°

- **débridement** avec une lame de 10 ou de 12

ou fraisage avec fraise à large surface

ou râpe =>érosion

- **nourrir** la peau

- **si rhagades** :

- si peu profonde ( pers alitées ) : massage à l’exogel ou à l’exomedine

autrement : exérèse de l’hyperkératose au bistouri ou à la gouge

- pansement rapprochant les lèvres de la plaie pour cicatrisation sans infection

# Durillon

1. **Définition :**

simple épaississement épidermique :

plaque cornée +/- épaisse selon l’ancienneté

1. **Etiologie :**

- hyperpression ou friction anormale ou répétée de la chaussure sur la peau

- attitude antalgique due à un trouble statique ( ex : raideur articulaire )

- évolution d’une phlyctène par dessèchement

! toujours présence d’une saillie osseuse

1. **Caractéristiques :**

- partie centrale + épaisse

- jaunâtre

- surface large, lisse & convexe

- n’adhère pas avec le tissu sous-jacent

- complication : hygroma infecté ou non

- gène qui évolue en sensation de brûlure

! douleur ++ en pression latérale

1. **Fréquence :**

troubles statiques

1. **Localisation :**

- plantaire :

- têtes métatarsiens

- crête externe du externe du V

- phalange distale du I

- pulpaire

- oignon

1. **Traitement :**

- **exérèse**:

- fraise large

- bistouri 10 ou 15

- gouge

! asepsie + sécurité

- **traitement de la cause** :

- semelle de décharge ( SAE )

- semelle de confort

- orthoplastie

- padding

# Phlyctène

1. **Définition :**

phlyctène fermée = soulèvement épidermique

avec présence d’un liquide séreux dans la couche de Malpighi

1. **Etiologie :**

- affection de la peau ( ex : eczéma, brûlure )

- friction anormal de la peau

1. **Caractéristiques :**

- couleur : rougeur de l’épiderme

- complication : phlyctène ouverte

= couche muqueuse à nue avec risque d’infection & de durillon

- douleur : surtout si phlyctène ouverte

1. **Localisation :**

- face post. du talon

- zone dorsale du pied

- sous les têtes des métatarsiens

1. **Traitement :**

**Phlyctène fermée :**

- ponction liquide séreux à l’aide d’une seringue

- réinjection d’éosine acqueuse à 2%

- comprimer en appliquant une compresse

- mise en place d’une bande adhésive élastique

pour accolement de la peau ou tissu sous-jacent

ou appls d’une « 2° peau »

**Phlyctène ouverte :**

- nettoyer avec de l’éosine acqueuse à 2%

- essayer de recoller la peau

ou appls tulle gras ou Duoderm

**Prévention :**

- pour les patients :

- ~~o~~ usage prolongé de chaussures neuves

- ~~o~~ d’aspérités à l’intérieur de la chaussure

- acheter chaussures en fin de journée

- fléchir la chaussure à 45°

- pour les sportifs :

- prendre pointure 1 à 2 pointure au dessus

- laçage ni trop serré ( paresthésie ) ni trop lâche

- mettre les chaussettes à l’envers ( ~~o~~ de coutures sur la peau )

( pour strap 🡪 ~~o~~ de saillies )

- régulation transpiration :

- prévention : dry foot ou sudine dans les chaussettes

- crème antifrottement : pommade Nok

- tannage : appls qq mois de

solution acqueuse formolée à 5%

ou acide picrique à 1%

# Hématome sous-unguéal

1. **Définition :**

épanchement sanguin dû à la rupture de capillaire sanguin sous l’ongle

provoquant un décollement de l’ongle ( = onycholyse )

1. **Etiologie :**

traumatisme avec ou sans fracture de la phalangette

direct ou indirect ( ex : conflit avec la chaussure )

1. **Caractéristiques :**

- couleur : bleu clair 🡪 bleu foncé

- complication : infection de la logette ( peau tjs septique )

ou chute de l’ongle avec repousse anarchique si trop près de la matrice

1. **Traitement :**

- s’assurer qu’il n’y a pas de fracture

- cryothérapie : le froid limite la formation de l’hématome

- fraisage de l’hématome => évacuation du sang

- désinfection de la zone

- essayer de garder la structure de l’ongle :

recoller partie manquante avec collodion

+ bandage

- vérifier les vaccins du patient

- possibilité de faire un doigtier

# Cor

1. **Définition**:

induration de l’épiderme = masse cornée ronde

+ clous kératosiques s’enfonçant vers l’os

1. **Etiologie**:

hyperpression sur un point osseux +/- saillant

! nucleus : svt appelé « racine » 🡪 image à gommer en rappelant la causalgie du cor

1. **Caractéristiques :**

- **nucleus** :

- svt au centre

- + dur que le cor

- + pâle : jaune ou blanc tranchant / couches périphériques

- conique : en arc de cercle ou en anneau complet ou incomplet autour de l’articulation

- pas mobile avec la peau

- **dureté** : en fct de l’ancienneté

- **couleur** : blanchâtre 🡪 jaunâtre 🡪 brunâtre et translucide

( parfois petites touches rouges dues à la présence de sang )

- **surface** : mobile et va en profondeur

1. **Fréquence :**

troubles statiques

1. **Evolution** :

- **Période de début** :

- simple épaississement à l’endroit du frottement

- pas de douleur, ni de gène

- **Phase d’état** :

- apparition d’une bourse séreuse entre le cor et l’os

- douleur ⬄ compression filets nerveux

- **Période inflammatoire** :

= hygroma

- inflammation de la bourse séreuse

- 2 types 🡪

- h. aigu : attaque brusque + inflammation prononcée + douleur intense

- h. chronique : bourse séreuse => fibreuse ( oignons )

- **Période d’ostéo-arthrite profonde** :

- atteinte des couches profondes du derme

- puis atteinte de l’os avec risque de nécrose aseptique

1. **Localisation :**

- **cor plantaire** : sous les têtes métatarsiennes

- cause : répartition anormale du poids du corps sur la voûte métatarso-phalangienne

- nucleus large et profond ( 🡪 8 mm )

- douleurs intolérables

- **cor interdigital** :  « œil de perdrix »

- cor mou

- svt en vis-à-vis sur chacun des orteils

- 4° espace ++

- **cor interphalangien** : à la face dorsale

- cause : déformation en marteau +/- marqué de l’orteil atteint

- classification : proximal, distal , pulpaire

- **cor pulpaire** : extrémité de la phalange distale

- cor vasculaire ou neurovasculaire ++

- douleur ++

- **cor sur l’oignon** : articulation métatarso-phalangienne I

- cause : hallux valgus ++

- svt avec durillon & hygroma

- **cor du gros orteil** : phalange distale plantaire I

- cause : pied égyptien, chaussures trop étroites

- localisation : entre l’ongle et la pulpe

- **cor de l’apophyse du métatarsiens V** :

- causes : pied grec, quintus varus

- typique de la femme âgée

-  **cor de la partie externe V** :

- cor dur ++

- cause :chaussures trop étroites

- **cor sous-unguéal** :

- tâche brune sous la tablette ou sous le bord libre + douleur

- cause : microtraumatisme de l’ongle / chaussure

- **cor périunguéal** :

- diagnostic différentiel : ongle incarné

- **cor du tendon** : face dorsale extenseur I

- rare

- jeunes enfants : svt chirurgical

- adultes : port de chaussures de sécurité

1. **Traitement :**

- excision et/ou énucléation : bistouri, gouge

! ne pas hésiter à changer de zone pour y revenir

- microtour pour percer l’ongle

- hygroma : désinfection + drain

- protection zone : hexomedine ou exogel

- conseils :

- padding / orthoplastie correctrice ou protectrice (ex : griffe non modifiable )

- musculation ( muscles plantaires )

- chaussage

- coricides

- hygiène + séchage

1. **Classification**: selon constitution

- **cor dur** :

- définition : cor type

- forme : épaisseur +++ au centre, démarcation nette

- localisation :face dorsale orteil sous têtes métatarsiens

- noyau : 1 ou plusieurs, formes multiples

aspect : vitreux, translucide, svt jaunâtre, parfois tâches brunes

- douleur : +++

- étiologie : hyperpression, mauvaise répartition du poids dans chaussures

- **cor mou** :

- définition : œil de perdrix

- forme : svt en forme d’anneau

- localisation : espaces interdigitaux ( en vis-à-vis sur chaque orteil )

- noyau : point noir au centre entouré d’une auréole rouge (autour peau blanchâtre )

- douleur : +++

- étiologie : troubles statiques, manque d’évaporation ou défaut de séchage

- **cor vasculaire** :

- définition : inclusion de petites portions du derme

avec papilles vasculaires ( tâches brunes )

- forme : irrégulière

- localisation : face dorsale des orteils ou pulpaire

- noyau : svt multiples

- douleur : ++++

- traitement : ne pas confondre avec verrues

( ! saignement )

- étiologie :hyperpression , mauvaise répartition du poids

- **cor neurovasculaire** :

- définition : présence dans la masse cornée

de papilles vasculaires et de filets nerveux hypertrophiés

- forme : tâches brunes multiples

- localisation : face dorsale des orteils ou pulpaire

- douleur : ++++ même la nuit

- traitement : ne pas confondre avec les verrues

( ! saignement + douleur )

- étiologie : hyperpression, mauvaise répartition poids

fréquence : sujets nerveux à peaux fines

- **cor granuleux ou miliaire** :

- définition : plaque cornée ressemblant à une callosité

avec de petites pointes cornées

- localisation : en grand nombre & éparpillées sur toutes la plante du pied

- douleur : non mais gène ( sensation de grains de sables )

- étiologie : pas due au hyperpression

fréquence : rhumatisme, mauvaise nutrition des tissus, peau sèche

( vieillard ++ )

**Pathologies unguéales**

# Onychauxis

## *Définition*

= hypertrophie en épaisseur de la plaque unguéale ( 🡪1cm )

+ parfois formation de véritables couches superposées

## *Etiologie*

1. anomalies lymphatiques congénitales
2. diabète
3. panaris 2nd
4. insuffisance rénale
5. traumatisme au niveau de la matrice

## *Caractéristiques*

1. inesthétiques
2. provoque une gène pour enfiler la chaussure
3. complication : onychogryphose, onychomycose

## *Fréquence*

🡪 personnes du 3° âge

## *Traitement*

1. 🡮 plaque unguéale :

essayer de ramollir ( H2O2, mercryl )

+ coupe par strate

+ fraisage

! mettre le masque

1. renouveler tous les 3 à 4 mois

# Onychogryphose

## *Définition*

= hypertrophie de la plaque unguéale

qui prend l’aspect d’une vrai griffe rugueuse et grossière :

- soit en se bombant et en s’abaissant au devant de l’extrémité de la phalangette

- soit de côté contre les orteils voisins = corne de bélier

## *Etiologie*

🡪 évolution d’une onychauxis

## *Caractéristiques*

1. l’ongle se détache de son lit

🡪 apparition d’une couche cornée sur le lit

🡪 formation de véritables cavités

dans les replis périunguéaux

1. couleur : devient jaunâtre, brun ou même noir , opaque
2. complication : onychomycose
3. inesthétique, gène

## *Fréquence*

🡪 personnes du 3° âge

## *Localisation*

1. gros orteil ++

## *Traitement*

1. coupe de l’ongle

! attention à de possibles adhérence avec la peau

1. fraisage

# Onychomycose

1. 1 million de patients
2. 72% au pied
3. 5% pied & mains

## *Définition*

= infect° rongeant plaque unguéale & lit de l’ongle

suite à la présence de champignons microscopiques

## *Etiologie*

= pathologie contagieuse

Transmission :

1. animale, humaine, tellurique
2. lieux collectifs, intrafamiliale ( moquette, tapis de bain )

Physiopathologie :

1. modification de l’ongle :

- hypertrophie du lit unguéal

- friabilité tablette

- décollement de la tablette

1. 2 types de champignons pathogènes :

- levures : Candida Albicans ++

- dermatophytes ( surtout interdigitaux ) : Trichophytum Rubrum

## *Caractéristiques*

1. surface : vermoulue , parfois lit de l’ongle perforé
2. couleur : jaunâtre ou brun, opaque

## *Fréquence*

🡪 personnes du 3° âge

+ onychauxis, onychogryphose

## *Localisation*

1. gros orteil ++

## *Traitement*

### Atteinte partielle de l’ongle

1. fraisage : exérèse de la partie atteinte (possibilité de faire une prothèse )
2. appls d’un vernis ( 6-9 mois ): Mycoster, Loceryl

### Atteinte totale de l’ongle

1. fraisage
2. appls vernis
3. traitement par voie orale (ex : Mycopod )

# Exostose sous-unguéale

## *Définition*

= lésion osseuse bénigne localisée :

- à la phase dorsale de la dernière phalange des orteils

- sous la lame unguéale

=> poussant sous l’ongle en le repoussant & en le laminant progressivement

=> tuméfaction de l’ongle 🡭 progressivement de volume

## *Etiologie*

## *Caractéristiques*

1. taille : petit pois 🡪 grosse bille
2. forme : ronde, allongée, ...
3. douleur : de type mécanique ( compression chaussure )
4. diagnostic différentiel :

- cor sous-unguéal = localisation précise, rond, brun => très visible

- tumeur blomique ( tâche ) : beaucoup plus rare

- exostose : examen radiographique

## *Fréquence*

1. peu fréquente
2. surtout chez des personnes jeunes

## *Localisation*

1. gros orteil ++
2. quasiment toujours unique

## *Traitement*

🡪 médecin :

1. chirurgie sous anesthésie locale
2. rechaussage normal au bout de 15 jours

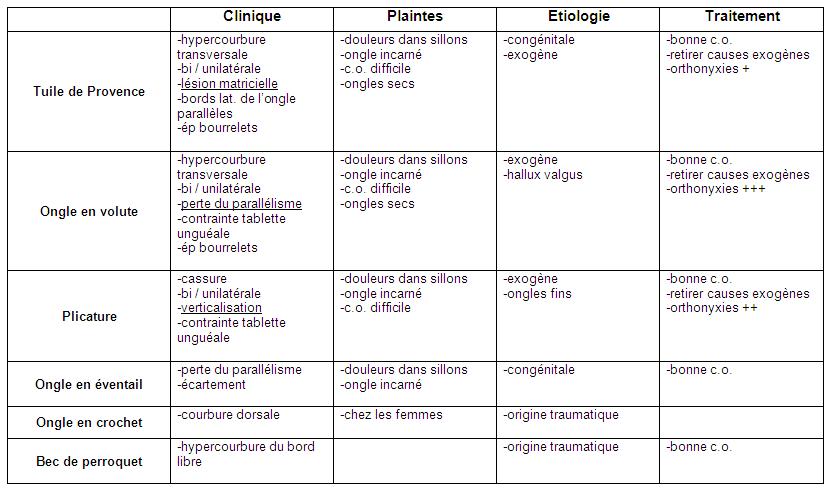
🡪 pédicure-podologue :

1. orienter vers la radiologie
2. protéger la zone avant l’intervention

Pathologies ungueales tableau

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Définition | Causes |
| Onyxis | Inflammation d’origine traumatique, microbienne ou fongique se situant dans le derme sous unguéal, et périunguéal (périonyxis) | Ongles épais, traumatismes, corps étrangers, onychomycoses,  Mauvaise coupe d’ongle (périonyxis)  Onychotillomanie, onychophagie |
| Hippocratisme | Hypercourbure longitudinale et transversale de l’ongle et hypertrophie des parties molles ; touche svt les 20 doigts | Angle de Lovibon entre le repli sus-unguéal et l’ongle supérieur à 180° (physio=160°) |
| Koïlonychie | L’opposé de l’Hippocratisme  Ongle concave en cuillère | Carences en fer dans la petite enfance  Ongles fins  Congénital |
| Onychatrophie | Régression totale ou partielle d’un ongle préalablement normal | Lychen plan  Onychotillomanie, onychophagie |
| Anonychie | Ongle absent, de petite taille ou déformé, on trouve à la place une H.K. | Trouble du développement, congénital ou acquis |
| Macronychie | Ongle, matrice et lit plus grands que la normale | Maladie de Recklinghausen |
| Micronychie | Ongle, matrice et lit plus petits que la normale | Problème congénital |
| Brachyonychie | Pathologie des ongles courts, ongles svt larges | Trisomie, onychophagie, arthropathie psoriasique |

Déformations unguéales tableau



**L’ongle incarné**

1. **Définition**

-L’ongle incarné résulte d’une compression entre le bord lat. de le lame unguéale et le bourrelet cutané

-Cette compression entraîne la pénétration et l’effraction du rebord unguéal dans les parties molles

-Principalement au gros orteil

-Unilatéral ou bilatéral

-Souvent révélé par une infection

1. **Les différents stades**
   * **Stade 1 : stade initial**

-Pas d’infection ni d’effraction

-Début d’inflammation (douleur, chaleur)

* + **Stade 2 : ongle incarné infecté**

-Infection du sillon périunguéal

-10 jours depuis le début de l’incarnation

-Ongle toujours accessible

-Douleur aigue à la palpation

-Bourrelet unguéal rouge, chaud, tuméfié, et douloureux

* + **Stade 3 : ongle incarné infecté et bourgeonnement**

-Stade tardif de l’évolution : env. 15 jours

-Infection chronique qui réalise un bourgeon charnu hypersensible (petite tumeur bénigne, pédiculée semblable à une framboise et qui saigne facilement)

-Phénomène inflammatoire prononcé : tissus irrités, turgescents et très douloureux

-Souvent écoulement purulent + odeur

1. **Etiologie**

L’ongle incarné n’a quasiment qu’une seule étiologie : le facteur mécanique (compression), physiologiquement, le bord lat. de l’ongle glisse sans conflit dans le sillon

* + **Le chaussage**

-Chaussures trop étroites, courtes, accentué par les talons hauts

* + **L’ongle**

-Anomalies de forme : ongle en volute, tuile de Provence, éventail, plicature ou pince.

-Anomalies d’épaisseur : ongle mycosique, traumatique, ou dystrophique

-Mauvaise coupe d’ongle : la personne laisse un petit éperon invisible dans le sillon (=esquisse)

* + **Les orteils**

-Orteil long ou hallux valgus

-Griffe d’orteil fixée

* + **Le pied**

-Mauvais déroulement du pas (pronation ou supination de l’avant pied)

* + **Les tissus**

-Disharmonie de croissance entre l’ongle et le bourrelet unguéal

-Excès d’humidité (hyperhydrose, bains chauds)

* + **Les traumatismes**

-Lésion de la matrice avec enfoncement de l’arrête unguéale

1. **Les traitements suivant les différents stade**
   * **Stade 1 :**

-Objectif : retirer l’éperon (esquille)

-Technique : pince à ongle incarné si possible, sinon burin ou lame de 15

-Finitions : lime de Black, gouge mousse ou burin

* + **Stade 2 :**

-Idem stade 1

+Cicatrisation de la plaie : pansement tulle gras ou béta 48h, pose de mèche

+traitement quotidien : séchage, alcool, éosine pendant 5jours

* + **Stade 3 :**

-Eperon accessible : idem stade 2 mais pas de mèches

-Eperon non accessible : 2 techniques

  →antibiotique local

→brûlure bu bourgeon : acide nitrique en protégeant les parties saines

1. **Traitements chirurgicaux**
   * **Le temps septique**

-Anesthésie locale (base de l’orteil, en bague)

-Enlever la partie vulnérante de l’ongle

-Cureter le bourgeon

* + **La cure radicale**

-Sur tissus sains et sous anesthésie locale

-Supprime définitivement le conflit (jusqu’à la matrice la matrice)

-Immobilisation stricte (5J) pas de chaussures avant 12J

* + **La pulpoplastie**

-En cas d’hypertrophie du bourrelet ou d’ongles enfouis

-On enlève une partie de la pulpe pour libérer l’ongle

1. **Prévention de la récidive**

-Choix du chaussage et des tissus

-Soins des ongles des pieds

-Appareillages

1. **Ongle incarné chez les diabétiques**

Fréquents, !! effractions !!, stades 2 et 3 → médecin

**SYNTHESE :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ongle incrusté** | **Stade 1 : inflammation** | **Stade 2 : infection** | **Stade 3 : botryomycome** |
|  | Sensation de gène | Augment° de l'intensité | Considérablement augmentée | Devient insuportable |
| **Douleur** | Gène d'origine mécanique | Lors de press° sur ongle et | Pulsative puis lancinante | Cas extrème: term nerveuse |
|  | Pas de gène au repos | parties molles | Diurne et nocturne | touchée, disparit° de la dlr |
|  |  | Exagér à la marche,devient cste |  |  |
|  | Sans plaie | Stade inflammatoire | Très douloureux | Bourgeon charnu=excroissance |
| **Bourrelet** | Sans inflammation | Rougeur+Chaleur+Œdème+ | Augmentation de Celvius | du tissu conjonctif |
| **latéral** | Coloration rosée, rouge | Douleur = Celvius | Tire au violet | Très hémoragique |
|  |  |  | Chaud | Douloureuse |
|  | Apparaît kératinisé | Plaie devenant une ulcération | Apparit° d'une poche blanchâtre | Idem stade 2 avec augmentation |
| **Sillon** | Peut présenter des cors périung | Fragilisation de l'épiderme | au niv de la plaie | de l'intensité |
|  |  | A la press°, goutte de liq séreux | Poche de pus |  |
|  | Invaginé dans le sillon | Le harpon à pénétré dans | Entre plus profond dans les | Idem stade 2 avec augmentation |
| **Ongle** | Peut présenter un harpon | l'épiderme | chaires | de l'intensité |
|  | Exérèse de l'hyperK du sillon | Dégager le sillon | Idem stade 1 + lavage drainage | Cotérisation au AgNO3 |
|  | Rétablir la coupe d'ongle | Rectifier la coupe au burin | au dakin de la poche de pus | *Ne jamais inciser* |
| **Traitement** | Conseil de chaussant | Retirer le harpon | Pansmt antiinfect ou pom antibio | Pansmt antiinfectieux |
|  | Possibilité d'appareillage | Pansement antiseptique | Convocation 48h après | Convocation 24h après |
|  |  | Conseils / Prescription | Conseils / Prescription | Conseils / Orthoplastie |

ONYCHOPATHIES

Les onychopathies sont un motif de consultation très banal aussi bien pour les dermatologues que pour les pédicures podologues.

Mycoses des pieds = 15% de la population en pays industrialisé

onychomycoses, problème économique non négligeable (depuis 1995)

# USA 1300000 visites = 43 millions de $

* 7 millions d’américains et 1 million d’anglais porteurs
* 25% des plus de 55 ans
* 75% sont prêt à payer pour être soigné

Dans les pays industrialisés, les atteintes fongiques du pied représentent 15% et 3% dans les pays en voie de développement ; Le port des chaussures étant un facteur important.

50% des onychopathies sont des onychomycoses.

2.5% sont des onychomycoses sont des moisissures.

Un tiers des prélèvements pour cause de mycoses sur les mains sont des prélèvements d’ongle, où l’on retrouve 50% de dermatophytes et 50% de Candida albicans. Sur les ongles des pieds 92.5% sont des dermatophytes.

## Onychomycoses, problème social

* 20 à 44% handicap professionnel
* 40% relation sociale affectée
* 42% ne peuvent plus se chausser
* **LES DERMATOPHYTES**

Débute de façon latéro-distale, elle peut provenir de l’espace interdigital ou de la plante du pied, va pénétrer à la jonction entre la pulpe et le lit de l’ongle, entraîner un hyperkératose réactionnelle. Le dermatophyte va alors envahir progressivement le lit et la tablette de l’ongle.

L’hyperkératose réactionnelle est due à une réaction de l’épiderme à la pénétration des filaments de dermatophyte dans le lit de l’ongle. Elle va entraîner un soulèvement de la tablette unguéale. La hauteur de soulèvement de la tablette est l’élément à prendre en compte pour déterminer la longueur du traitement.

L’atteinte superficielle à dermatophyte peut entraîner des leuchonychies un peu profondes, jaunâtres dues à l’air qui rentre sous l’ongle, mais qui n’est pas spécifique d’une onychomycose. L’atteinte matricielle (périonyxis) due à une dermatophyte se traduit souvent par un abcès. Un abcès à Trichophyton rubrum se présente sous la forme d’une pointe rouge, inflammée au niveau de l’éponychium en arrière d’une atteinte de la tablette, souvent chez les personnes âgées et à peau fine.

Atteintes proximales se présentent sous forme de leuchonychies profondes, correspondant à un dermatophyte particulier. Elles ne sont pas très fréquentes mais une atteinte de plusieurs ongles amène à se poser des questions.

Atteintes superficielles se présentent sous forme de leuchonychies superficielles. Elle est spécifique de Trichophyton interdigitale ou moisissures

L’ongle est une complication de l’atteinte du pied notamment, une atteinte unilatérale plantaire desquamative

Une peau desquamative sur la plante du pied n’est pas forcement un problème de pieds secs mais se peut être un psoriasis ou un champignon. Les desquamations à dermatophyte parfois ne sont pas prurigineuses, on va voir ses desquamations sèches prurigineuses plutôt sur les parties d’appui sauf sur la voûte où ce peut être de l’eczéma. Cette desquamation est plutôt en faveur d’une dermatophytose et peut aider au diagnostic devant un ongle où l’hésitation persiste.

Autre type d’atteinte en particulier due à Trichophyton interdigitale par l’aspect de vésicules voir de bulles roses sous cutanées n’atteignant qu’un seul pied, l’atteinte des deux pieds étant en faveur d’un eczéma.

L’atteinte la plus banale est une atteinte squameuse, assez sèche, parfois prurigineuse, elle oriente vers un dermatophyte. Lorsque la pulpe de l’orteil est touchée, l’atteinte est le plus souvent bactérienne (corynebactérie), due à un occlusion/macération des plis notamment.

Les kératolytiques plantare sus catum ou kératolite ponctuée qui sont dus à des macérations dans des chaussures de fonction et qui vont présenter un aspect très macéré, blanc avec une découpe à l’emporte pièce. Ils sont dus à des coryne bactéries qui vont macérer et qui vont sécréter des enzymes lytiques comme les dermatophytes et attaquer la kératine, elle peut être responsable d’eczéma. La prophylaxie ne sera pas la même, cette pathologie est récurrente et due à la propre hypersudation du patient.

Une poudre jaunâtre sous l’ongle et une odeur de bois pourri associées sont en faveur d’une atteinte à Trichophyton rubrum.

Un Trichophyton sur l’ongle et la peau d’un trisomique 21 peut être confondu avec un psoriasis.

Certains Trichophytons peuvent sécréter une substance noire.

Diagnostic différentiel avec l’intertrigo à bacille pyocianique, il est lié à un mauvais séchage des pieds, les crèmes antifongiques aggravent cette pathologie. Il se présente par un espace interdigital blanc parsemé de «taches » vertes avec des lésions érosives suintantes.

**Les facteurs favorisants**

* Humidité et chaleur (dermatophytes et bactéries)
* Rencontre avec l’agent pathogène dans des lieux de contage (dermatophytes)
* Sport

Ces champignons sont très résistants, ils sont toujours présents dans une paire de chaussure même après une période d’un an sans porter ces chaussures. Les lieux de contamination sont surtout des lieux où il y a frottement du pied nu qui va laisser des «petites peaux mortes » porteuses du champignon.

Sport et dermatoses traumatiques

* Ampoules
* Callosités et durillons
* Leuchonychies traumatiques
* Onycholyses traumatiques
* Hématomes traumatiques
* **Candidoses**

Va pénétrer au niveau de l’éponychium et en particulier sous le replis sus-unguéal au niveau de la cuticule qui ne va plus jouer son rôle de protection. L’infection débute comme un panaris à bactérie mais son évolution est subaiguë ou chronique. Elle se termine par une atteinte de la tablette unguéale.

3 points caractéristiques :

* Stries transversales
* Partie latérale de l’ongle verte-brunâtre
* Aspect bosselé de l’ongle

Un deuxième type d’atteinte moins évident se caractérise par une onycholyse toute simple où le prélèvement onychosique est indispensable. Dans ce cas la candidose est souvent associée à un pyocianique.

Au niveau de l’ongle, l’humidité et les antécédents médicaux (immunodépression, corticothérapie) peuvent en changer l’aspect.

* **Moisissures**

Les moisissures étant présentes en quantité importante dans notre environnement, le diagnostic et le prélèvement se font de façon très particulière. Elles vont s’accrocher à l’hyperkératose de l’ongle mais ne sont nullement responsables de l’atteinte. Excepte les Scytalidium qui se comportent comme des dermatophytes, les autres moisissures ne sont pas à proprement parler kératinophyles. Les autres moisissures vont coloniser un ongle qui n’est pas normal au départ, qui est soit traumatisé, soit modifié par un psoriasisme ou une kératine altérée.

* Scopulariopsis
* Fusarium
* Acremonium
* Aspergillus

Elles commencent aussi par des leuchonychies qui seront d’abord localisées avec un aspect crayeux, superficiel. Au niveau des doigts un seul ongle traumatique sera touché, alors que dans la chaussure, la macération peut entraîner l’atteinte de plusieurs orteils.

Les examens directs ne sont pas souvent évocateurs, ils nécessitent un examen mycologique. Si lors de cet examen on trouve une moisissure et une dermatophyte, c’est une atteinte à dermatophyte et non une atteinte par moisissure. Il n’existe pas actuellement de traitement vraiment efficace contre les moisissures ; Il faut donc prévenir le patient de la longueur du traitement et des résultats possibles. Lors de l’examen, on fait un prélèvement de l’air pour comparaison et deux prélèvements mycologiques à un mois d’intervalle.

L’atteinte est plus étendue que pour une dermatophyte ; la leuchonychie est souvent totale, d’aspect sucre d’orge, et accompagnée d’un périonyxis particulier, atteignant toute la dernière phalange.

Une atteinte vraie à Scopulariopsis est d’aspect jaunâtre.

SCYTALIDIOSES

2 champignons :

* Scytalidium hyalidium (champignon blanc)
* Scytalidium dimidiatum (champignon noir)

Ce sont des moisissures présentes en pays tropicaux ou subtropicaux, ce sont des hôtes naturels d’arbres et arbustes (vigne, orangers, manioc, etc.). Ce sont des pseudo-dermatophytes, elles vont se comporter exactement comme des dermatophytes et vont donner les mêmes pathologies. La différenciation est impossible sans prélèvement.

**Quelques diagnostiques différentiel avec les mycoses**

*Psoriasis*

*Lychen plan*

*Hématome*

*Atteinte rénale*

*Chevron de Heller (la dermatophyte n’a jamais cet aspect)*

*Atteinte suite à un refoulement trop prononcé des cuticules (la dermatophyte n’a jamais cet aspect)*

Prélèvement mycologique

Il faut attendre un mois après l’arrêt d’un traitement local et trois mois après celui d’un traitement per os pour effectuer un prélèvement qui sera représentatif de la pathologie. Pour faire le prélèvement jusqu’à la jonction ongle mycosique / ongle sain et on fait le prélèvement au cœur de la lésion. Le champignon est au cœur de l’hyperkératose sous unguéale, les filaments de certains mycéliums pouvant atteindre le derme.

L’examen se fait sur une gélose (Sabouraud) contenant un antibiotique (gentamycine ou chloramphénicol) pour empêcher un développement bactérien et dans une deuxième boite de pétri, la gélose comportera en plus un antimoisissures (Actidione). Car pour les levures et les Candida, la culture met 24h à 48h, mais un dermatophyte met 2 à 3 semaines.

En pays occidental les espèces les plus fréquentes sont

* Trichophyton rubrum 80 – 90%
* Trichophyton interdigitale 15%
* Epidermophyton floccosum 5%

**TRAITEMENT**

Il faut traiter l’ensemble des lésions

N.B Lamisil terbinafine (non prescriptible) est le meilleur antidermatophyte per os, il agit à très faible concentration et permet au traitement d’atteindre une contagion profonde.

Les mycoses, parasitologie-mycologie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Onyxis à dermatophyte** | **Onyxis à Candida** | **Psoriasis unguéal** |
| Fréquent | Fréquent | Fréquent |
| climats chauds | travux "humides" | facteur familial |
| adultes (hommes) | adultes | adultes |
| Pieds ++ | Mains ++ |  |
| début progressif | sillon interdigital et lit de | début au bord distal ou |
| bord distal ou latéral | l'ongle | proximal |
|  |  |  |
| ongles friables, déformés, | ongles épaissis, non friables, | dépressions punctiformes |
| effrités, épaissis, débris | striés transversalement, peu | en "dé à coudre", ongles |
| jaunâtres sous le bord libre, | de dépôt sous le bord libre | épaissis, hyperkératose, |
| tâches blanches, crayeuses |  | coloration jaune-brun |
|  |  |  |
| sans périonyxis +++ | avec périonyxis +++ | psoriasis cutané associé |
| indolore +++ | douloureux +++ | indolore |
| Mycélium | Levure | - |

**MYCOSTER**

**Vernis**: Mycoster 8%

Principe actif : hydroxypyridone

DCI : cyclopyrox

La galénique permet une pénétration rapide tout en gardant une concentration suffisante. Son action énergétique et enzymatique, bloque la chaîne respiratoire de la dermatophyte, des levures et des mycoses. Elle bloque la catalase et entraîne une autointoxication.

Produit à application quotidienne, séchage rapide (5 à 6 secondes). Appliquer un dissolvant une fois par semaine.

95 F pour 150 applications

**Crème** :

Agit sur l’état latent des spores et sur les filaments et spores en multiplication. Mycoster empêche la surinfection et la macération, il n’est pas inhibé par cette dernière.

C’est une émulsion huile dans eau

32F50 le tube

**Spray** :

30% d’alcool

utilisation dans les chaussures

élimination des odeurs

32F60

**Le pied diabétique**

* **Intro**

Le pied diabétique est particulièrement vulnérable, plus de la moitié des amputations des membres sont réalisées chez le diabétique

* **3 mécanismes**

-**Vasculaire** : artérite (artère bouchée)

-**Neurologique** : pas de sensation, durillon ou cor qui dégénère en mal perforant

-**Infectieux**

* **Le pied mixte**

Quand on retrouve les 3 mécanismes dans la pathologie

* **Traitement**

On immobilise dans le cas d’une affection d’origine neurologique

On manipule dans le cas vasculaire

Le traitement d’une plaie est plutôt un soin infirmier

* **Protection**

Traitement des plaies au tull gras (sélonet\*) au pansement « été », on colle le pansement avec albustix\*.

* **Prévention**

Inspection, palpation, température de la peau, piquer/toucher

* **Dix commandements du pied diabétique**

1. **hygiène quotidienne** à l’eau tiède et savon doux, séchage rigoureux
2. **Inspection quotidienne** des pieds
3. **Application d’un corps gras** pour prévenir les crevasses
4. **Enlèvement régulier des callosités** à la pierre ponce ou râpe
5. **Coupe des ongles** droite et pas trop courte
6. **Bas et chaussettes** changer tous les jours, éviter synthétiques, coutures
7. **Chaussures** larges, cuir souple pas de pieds nus
8. **Eviter les sparadraps** directement sur la peau
9. **Traiter immédiatement toute infections**
10. **Consulter un médecin** sans tarder au moindre doute