

ITEM 344 : INFECTION AIGUË DES PARTIES MOLLES

PANARIS

Panaris = infection des parties molles superficielles d'un doigt (tissu cutané et sous-cutané)

- Germe : **S. aureus ++** (70%), **entérobactérie** (20%, *E. coli* ou autres BGN), **streptocoque avec une atteinte rapidement nécrotique** (10%)
- Mode de contamination : - **Atteinte traumatique** dans 90% des cas : écharde, manucure, piqûre, **plaie, onychophagie**
 - **Atteinte cutanée** : **périoronxis**, rarement **eczéma**
- FdR : diabète, immunodépression (éthylisme chronique, corticoïdes, AINS), facteur contaminant
- Evolution naturelle : stade d'invasion → stade inflammatoire (= phlegmasique) → stade collecté, stade compliqué

Diagnostic	C	Stade d'invasion	- Asymptomatique
		Stade phlegmasique	- Douleur digitale NON pulsatile : modérée, diurne - Lésion à limites floues - Signes d'inflammation locale : œdème, rougeur, chaleur → Absence de signes généraux (apyrexie)
		Stade collecté	- Douleur digitale : intense, pulsatile, insomniante - Lésion localisée avec petite masse rénitente - Signes inflammatoires locaux - Signe d'inflammation générale : fièvre, ADP épitrochléennes, lymphangite
		Stade compliqué	- Panaris en bouton de chemise - Fistulisation - Phlegmon - Cellulite - Nécrose tendineuse - Ostéite - Arthrite - Adénite (épitrochléenne et axillaire), lymphangite - Bactériémie
		Complication tardive	- Dystrophie unguéale - Raideur, séquelle fonctionnelle - Récidive
	PC	- Diagnostic uniquement clinique au stade phlegmasique - Stade collecté/compliqué : - Rx standard : recherche d'ostéite, corps étranger - Bilan biologique minimal : NFS, CRP, glycémie à jeun - Bilan pré-chirurgical si besoin	
Formes cliniques	Panaris cutané	- Paronychie (périoronxis) et sous-unguéaux (les plus fréquents) : collection à côté ou sous l'ongle - Panaris pulpaire : « en bouton de chemise », à point de départ cutané, communicant avec les espaces sous-cutanés par un tout petit pertuis - Panaris anthracôide : furoncle d'un poil digital	
	Panaris sous-cutané ou cellulite	= Pulpaire, palmaire ou dorsal : diffusion plus facile vers les espaces profonds - Erythème diffus avec signes inflammatoires +/- lésion par blessure au centre de l'érythème - Rechercher les streptocoques du groupe A souvent en cause +++ → évolution rapide ++, phlyctène hémorragique pathognomonique - En cas de cellulite extensive : penser au staphylocoque doré (<i>attention ne pas ponctionner une cellulite, car pas de collection à ponctionner</i>) - Risque augmenté de complication graves (ostéite, phlegmon, cellulite...) - Diagnostic différentiel non infectieux : dermatoses professionnelles, cosmétiques ou médicamenteuses.	

TTT	Médical	<ul style="list-style-type: none"> → En 1^{ère} intention au <u>stade phlegmasique</u> : en ambulatoire - Pansements et bains d'antiseptique pluriquotidiens (3/jour) type hexamidine, chlorhexidine, Bétadine® → Eviter les bains de Dakin® : risque de brûlure cutanée avec surinfection +/- Antibiothérapie orale pendant 48H (selon le terrain ++) - Si le panaris est sous cutané : immobilisation en position intrinsèque (flexion des articulations MCP et extension des IPP pour diminuer la part de l'inflammation mécanique) - Contrôle systématique à 48h
	Chirurgical	<ul style="list-style-type: none"> → Au stade collecté, compliqué ou en cas d'échec du traitement médical à 48h - Hospitalisation - TTT chirurgical au bloc, à jeun ± en urgence si stade compliqué : excision des tissus nécrosés, ablation de corps étranger, prélèvements pour examen bactériologique, lavage abondant, sans fermeture cutanée ± Résection d'une partie ou de la totalité de la tablette unguéale si panaris sous-unguéal - Cicatrisation dirigée (= pas de suture) pendant 2 à 3 semaines - Immobilisation en position fonctionnelle - Antibiothérapie probabiliste = non systématique, à discuter selon le patient les signes régionaux et généraux : oxacilline, Augmentin® ou pristina mycine
	Mesures associées	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement de la porte d'entrée - SAT-VAT - Antalgique - Arrêt de travail si professionnel de la restauration - Auto-rééducation : lutte contre l'enraidissement par mobilisation des doigts dès 24h
Cas particuliers	Panaris herpétique	<ul style="list-style-type: none"> - 2 à 14 jours après contact ou exposition - HSV1 ou HSV 2 - La phalange distale est le plus souvent touchée (zones du toucher) - Panaris douloureux avec des vésicules qui apparaissent tardivement (J14) - Les vésicules s'ulcèrent et peuvent donner des signes généraux (fièvre, lymphadénite, et AEG) - Confirmation diagnostique par prélèvement local du liquide vésiculaire - Résolution spontanée en 7 à 10 jours - Traitement par acyclovir ++ (la chirurgie est à l'origine d'extension) - Diagnostics différentiels : abcès pulpaire, dyshidrose, eczéma, périonyxis staphylococcique.
	Panaris anthracoïde	<ul style="list-style-type: none"> - Infection toujours dorsale autour d'un follicule pileux -> Furoncle - Excision obligatoire dans le but d'évacuer les tissus nécrotiques
	Panaris abâtardi par les ATB	<ul style="list-style-type: none"> - Évolution torpide avec des signes cliniques amoindris - Placard inflammatoire mal limité +/- suppuration traînante - Sont possibles : destruction unguéale, transformation en phlegmon - A la radiographie : +/- destruction osseuse
	Panaris après morsure	<ul style="list-style-type: none"> - Contexte : morsure animale ou donneur de coup de poing (plaie de la MCP) - Urgence chirurgicale : excision de la porte d'entrée - Antibiothérapie associée type cyclines (doit couvrir les germes intra-cellulaires : Pasteurella...)

ABCES

Abcès = suppuration collectée dans une **cavité néoformée**

- **Douleur localisée** avec **masse rénitente**

- Signes d'inflammation locale : **œdème, rougeur, chaleur**

- **Signes généraux** discrets, selon l'ampleur de l'infection

→ Évolution spontanée en 4 phases : - **Début** de J1 à J3

- **Collection** de J3 à J5 : signes locaux maximaux, apparition des signes généraux

- **Fistulisation** de J5 à J8 : ulcération de la tuméfaction, évacuation de pus → amélioration de l'état général

- **Cicatrisation** : fermeture de l'ulcération, laissant une cicatrice

Abcès sous cutané

- Extension d'une infection de voisinage avec cloisonnement

- Ponction possible

- Traitement chirurgical : incision et drainage chirurgical avec prélèvement per-op et antibiothérapie

Abcès de la main ou infection des espaces profonds	<ul style="list-style-type: none"> - Localisation : face dorsale en sous aponévrotique, dans les éminences thénar, hypothénar et médio-palmaire et interdigitaux - Extension d'une infection de voisinage - Diagnostic différentiel : abcès sous cutané - Échographie : confirme le diagnostic et la localisation - Traitement chirurgical avec excision - Antibiothérapie après prélèvement per-op
Panaris pulpaire (ou abcès pulpaire)	<ul style="list-style-type: none"> - Abcès dans l'espace creux de la pulpe délimitée par de fines cloisons reliant la peau pulpaire à la phalange distale - Porte d'entrée : traumatisme pénétrant le plus souvent - Tableau : Douleur pulsatile avec pulpe inflammatoire - Évolution par extension et nécrose de la peau pulpaire - Complications : phlegmon des gaines, arthrite, ostéite - Prise en charge chirurgicale par incision en zig zag (de Bruner ou Hémibruner).

PHLEGMON DES GAINES DES FLÉCHISSEURS

- = **Ténosynovite** : **inflammation** d'une ou plusieurs gaines des tendons des fléchisseurs
- **Gaine des tendons fléchisseurs des 3 doigts médians** : étendue de la base de P3 au pli de flexion palmaire inférieur du doigt
 - **Gaine du pouce et du 5^e doigt** : hypertrophie proximale du cul-de-sac proximal, formant les **gaines digito-carpiennes ulnaire et radiale**, communicantes entre elle dans **50 à 80% des cas** (→ phlegmon à bascule)
 - Germes : **S. aureus** ++ (70% des cas), **streptocoque A** (20%), **entérobactérie** (*E. coli*, autres BGN)
 - Mode de contamination : - **Inoculation directe/primitive** : morsure, plaie pénétrante, iatrogène... → d'évolution rapide
 - 2nd par extension d'un foyer septique local : **panaris, cellulite**
 - FdR : diabète, immunodépression (éthylisme chronique, corticoïdes, AINS), facteur contaminant

Diagnostic	C	- Signes de Kanavel : œdème + doigt en flexion ou crochet (inconstant) + douleur à la mise en extension + douleur à la palpation du trajet de la gaine	
		- Classification de Michon modifiée par Sokolov → déterminée uniquement en per-opératoire	
		Stade I Inflammatoire	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur digitale sur le trajet des gaines : modérée à intense - Absence de signes d'inflammation locale - Douleur à la palpation du cul-de-sac proximal de la gaine et à l'extension des doigts
		Stade II Purulent	<ul style="list-style-type: none"> = Stade IIA (localisé) ou IIB (sur toute la longueur de la gaine) - Douleur : intense, pulsatile, insomnante et à la palpation du cul-de-sac proximal de la gaine - Signes d'inflammation locale - Signes d'inflammation régionaux et généraux : fièvre, ADP épithrochléenne, lymphangite - Attitude en pronation, en crochet irréductible
		Stade III Nécosant	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur : intense, pulsatile, insomnante et à la palpation du cul-de-sac proximal de la gaine - Signes d'inflammation locale, régionale et générale - Disparition de l'attitude en crochet (nécrose tendineuse) → Rechercher une nécrose digitale
	Complication	<ul style="list-style-type: none"> - Précoce : fistulisation, cellulite, nécrose tendineuse, ostéite, arthrite - Tardive : raideur, séquelle fonctionnelle, trouble trophique 	
	PC	<ul style="list-style-type: none"> - Rx standard : recherche d'ostéite et de corps étranger - Échographie si besoin - Bilan biologique standard : NFS, CRP, glycémie à jeun, bilan pré-chirurgical standard, hémoculture 	
Formes cliniques	Phlegmon de la gaine digito-carpienne radiale	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur carpo-métacarpienne radiale, majorée à la palpation du cul-de-sac proximal - Aspect inflammatoire du bord radial de la main - Pouce : douloureux à l'extension, en crochet 	
	Phlegmon des gaines des doigts médians	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur digitale à prédominance proximale - Palpation douloureuse du cul-de-sac proximal (en regard de la tête du métacarpe) - Doigt douloureux à l'extension, en crochet, d'aspect inflammatoire 	
	Phlegmon de la gaine digito-carpienne ulnaire	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur carpo-métacarpienne ulnaire, majorée à la palpation du cul-de-sac proximal - Aspect inflammatoire du bord ulnaire de la main - 5^{ème} doigt : douloureux à l'extension, en crochet 	

	Phlegmon à bascule	= Possible sur une communication des 2 gaines digito-carpiennes (15%) : à rechercher - Passage de l'infection d'une gaine digito-carpienne à l'autre
TTT	TTT chirurgical	<p>→ Systématique : au bloc, en urgence, à jeun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise à plat de la gaine - Prise en charge selon la classification de Michon modifiée par Sokolov : - Prélèvement bactériologique et lavage abondant (suffisant si stade 1 et stade 2a) - Excision des synoviales hypertrophiques, turgescents, d'aspect lie de vin (stade 2b) - Excision des tissus nécrosés y compris le tendon fléchisseur (stade 3) - Parage de la porte d'entrée laissée en cicatrisation dirigée, fermeture lâche des autres incisions
	Mesures associées	<ul style="list-style-type: none"> - Antibiothérapie IV pendant 48h, puis relai oral : Augmentin® pendant 7 à 15 jours - Cicatrisation dirigée pendant 2 à 3 semaines - Immobilisation en position intrinsèque plus - Rééducation/kinésithérapie : mobilisation précoce, passive, puis active-aidée - TTT de la porte d'entrée, SAT-VAT, arrêt de travail si professionnel de la restauration
	Quelques indications	<ul style="list-style-type: none"> - Lésions dont le traitement chirurgical est nécessaire dans les jours qui viennent : <ul style="list-style-type: none"> . Péri onyxis pulsatile . Abcès pulpaire . Morsure infectée . Ostéite ou arthrite fistulisée ou non . Exposition d'organe noble - Lésions dont la chirurgie est urgente (dans les heures) : <ul style="list-style-type: none"> . Abcès . Phlegmon des gaines . Injection de liquide de pression . Fasciite nécrosante - Lésions dont le traitement est médical : <ul style="list-style-type: none"> . Pasteurellose . Panaris herpétique (le traitement chirurgical peut aggraver les lésions) . Nodule du trayeur (d'Orf) : Parapoxvirus (le traitement chirurgical peut aggraver les lésions) - Facteurs de gravité d'une infection pouvant rendre l'indication chirurgicale plus rapide : avis ++ <ul style="list-style-type: none"> . Des signes généraux (fièvre) en rapport avec le problème infectieux localisé à la main . Des signes locaux : collection en formation, aspect inflammatoire du doigt ou de la main, atteinte des structures sous jacentes à la peau (tendons, os, articulations) . Évolution rapide . Tares associées (IRC, diabète, cancers ...) . Immunodépression . AINS (pommade ou PO)