

Les panaris et phlegmons des gaines représentent la majorité des infections de la main, les autres infections étant les ostéites et les ostéo-arthrites.

Nous distinguerons les panaris, les phlegmons des gaines tendineuses et les phlegmons des espaces celluloux.

1. PANARIS :

1.1 DEFINITION :

Un panaris est une infection primitive, aiguë, d'un doigt. L'usage courant fait qu'on limite le terme de panaris aux infections cutanées ou sous-cutanées des doigts, à l'exclusion des panaris dits profonds, qui, selon que l'infection touche une gaine tendineuse, un espace celluloux, un os ou une articulation, sont qualifiés de phlegmons des gaines, phlegmons des espaces celluloux, ostéites ou arthrites.

1.2 PHYSIOPATHOLOGIE :

Un panaris fait suite à une inoculation, c'est-à-dire à l'introduction d'un germe à travers la peau (piqûres, coupures).

L'infection évolue en plusieurs phases.

1.2.1 L'INVASION :

Elle correspond à l'introduction des germes dans la graisse sous-cutanée, à la fois les germes qui habitaient la peau, et ceux qui se trouvaient sur l'agent inoculant. Ces germes sont confrontés aux défenses de l'organisme qui le plus souvent empêcheront le développement de l'infection. Dans le cas contraire, l'évolution se fera vers le second stade, où stade phlegmasique. Ce stade d'invasion est un stade pré-clinique.

1.2.2 LE STADE PHLEGMASIQUE :

Il est caractérisé par l'apparition des signes inflammatoires locaux, témoins de la réaction de défense de l'hôte. Il correspond à l'accroissement de la population microbienne locale. La douleur apparaît, parfois limitée à une impression de tension. Elle est faible ou absente la nuit. Localement, la zone infectée est rouge, chaude. Il n'y a pas de signes généraux. Ce stade est réversible soit spontanément, soit du fait du traitement. Sinon, l'évolution se fait vers le stade de collection.

1.2.3 LE STADE DE COLLECTION :

Il est caractérisé par l'apparition de l'abcès, formé en son centre de pus (cellules lysées et germes morts). L'abcès est limité à la périphérie par une paroi, siège de l'affrontement entre les germes et les défenses de l'organisme. Ce stade de collection s'accompagne d'une douleur intense, pulsatile, insomniente. Localement,

la région est gonflée, rouge, chaude. Les signes généraux sont parfois présents mais de façon inconstante.

L'évolution spontanée se fait soit par fistulisation de l'abcès à la peau avec évacuation du pus, soit par fistulisation en profondeur : articulation, gaine tendineuse, os, réalisant une complication locale de l'évolution spontanée.

1.3 DIAGNOSTIC POSITIF :

Il repose essentiellement sur les signes cliniques.

1.3.1 LES SIGNES CLINIQUES :

On distingue trois stades.

➤ LE STADE PHLEGMASIQUE :

- Les signes fonctionnels : ils sont représentés par des douleurs et une sensation de tension locale, mais qui n'empêchent pas le sommeil.
- Les signes généraux : ils sont absents.
- Les signes physiques : la zone infectée est rouge, chaude, un peu gonflée.

L'évolution du stade phlegmasique se fait souvent vers la guérison, soit spontanée, soit du fait du traitement. Sinon, en quelques heures ou en quelques jours, l'évolution va se faire vers le stade de collection.

➤ LE STADE DE COLLECTION :

- Les signes fonctionnels : La douleur est cette fois-ci intense, pulsatile, insomnante.
- Les signes généraux : Ils sont inconstants mais on retrouve parfois une température à 38°.
- Les signes physiques : La zone infectée est rouge, douloureuse à la pression et gonflée. Lorsque le panaris est sous cutanée, le pus est parfois visible sous la forme d'une tache blanche.

L'examen retrouve parfois des adénopathies épitrochléennes ou axillaires, une traînée de lymphangite.

En l'absence de traitement adapté, l'évolution se fait vers les complications.





➤ **LE STADE DES COMPLICATIONS :**

En l'absence de traitement, le panaris peut soit se fistuliser à la peau, soit s'étendre aux structures de voisinage : tendons, os ou articulations.

Dans tous les cas, l'interrogatoire recherche la notion d'une porte d'entrée : plaies, piqûres. L'interrogatoire recherche également des facteurs favorisants : diabète, immuno-suppression, corticothérapie, alcoolisme. On n'omettra pas de demander l'état de la vaccination anti-tétanique.

1.3.2 LES EXAMENS PARA-CLINIQUES :

Ils ne sont pas indispensables au diagnostic.

➤ **LA RADIOGRAPHIE DU DOIGT**

Le plus souvent normale, elle est toutefois indispensable à la recherche de complication ou d'un corps étranger.

➤ **LA NUMERATION FORMULE**

Elle met parfois en évidence une hyperleucocytose à polynucléaires.

➤ **ON RECHERCHERA ENFIN DE MANIERE SYSTEMATIQUE UN DIABETE.**

1.4 DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE :

Il se fait selon la localisation en profondeur du panaris et selon la localisation sur le doigt.

1.4.1 SELON LA PROFONDEUR :

On distingue :

➤ **LES PANARIS CUTANES :**

Ils sont superficiels. Leur présence est évidente sous la forme d'une petite phlyctène de pus.

➤ **LES PANARIS SOUS-CUTANES :**

Ce sont les plus fréquents.

➤ **LES PANARIS EN BOUTON DE CHEMISE :**

il s'agit de panaris mixtes, associant une poche cutanée et une poche sous cutanée reliée par une communication trans-dermique. Le piège classique consiste à négliger la collection la plus profonde.

1.4.2 EN FONCTION DE LA LOCALISATION SUR LE DOIGT :

On distingue :

➤ **LE PANARIS DE LA PULPE :**

C'est le panaris classique. Il fait disparaître la pseudo fluctuation de la pulpe qui est augmentée de volume, chaude et rouge. Il est très douloureux.

➤ **LE PANARIS PERI ET SOUS-INGUEAL :**

- Il est le plus fréquent.
- Il fait suite à l'arrachage des peaux du repli unguéal, à des soins de manucure, à une écharde, à l'évacuation incomplète d'un hématome sous unguéal.
- La collection est visible sous l'ongle ou au niveau du repli unguéal.
- L'infection peut se propager autour de l'ongle : c'est la classique tourniole. Elle peut aussi s'étendre en profondeur vers la pulpe ou vers la matrice unguéale.

➤ **LE PANARIS DU DOS DE LA DEUXIEME PHALANGE :**

Il est grave car l'infection sous-cutanée diffuse rapidement, décollant la peau en lui donnant un aspect nécrotique. Le risque est l'atteinte du tendon extenseur et de l'articulation inter phalangienne distale.

➤ **LES PANARIS DE LA FACE PALMAIRE DES 2 PREMIERES PHALANGES :**

Le risque est la diffusion à la gaine des fléchisseurs.

➤ **LES PANARIS DU DOS DE LA PREMIERE PHALANGE :**

Ce sont en réalité des furoncles ou des anthrax en rapport avec l'infection de l'appareil pileux. La diffusion aux tendons extenseurs est rare.

➤ **LES PANARIS LATERAUX DE LA DEUXIEME PHALANGE :**

Ils peuvent aussi diffuser à la gaine des fléchisseurs.

1.5 DIAGNOSTIC BACTERIOLOGIQUE :

Il repose sur l'identification du germe à partir d'un prélèvement bactériologique.

- Le staphylocoque doré est le plus fréquemment retrouvé.

- Le streptocoque bêta hémolytique du groupe A : ce germe est redouté car il est à l'origine de nécroses cutanées étendues.
- Les germes Gram négatifs de la flore intestinale.
- Une association entre plusieurs de ces germes est possible.
- Cas particuliers :
 - Infections par *Pasteurella multocida* : le germe est inoculé par une morsure d'un animal domestique. La mise en évidence du germe est difficile mais doit être systématiquement suspectée devant le contexte de survenue de l'infection.
 - L'évolution traînante d'un panaris péri unguéal fera rechercher une mycose (levures type *Candida albicans*) que l'on recherchera par des prélèvements répétés ensemencés sur gélose et milieux de Sabouraud.

1.6 DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS :

Les complications sont représentées par :

1.6.1 L'OSTEITE :

Elle est suspectée devant la persistance d'une suppuration malgré le traitement. Le diagnostic se fait sur l'apparition de signes radiographiques (ostéolyse, géode, réaction périostée) mais ceux-ci sont tardifs.

1.6.2 L'OSTEOARTHRITE :

A la suppuration, s'associe une augmentation de volume de l'articulation concernée ainsi que des douleurs à la mobilisation de celle-ci. Là aussi, les signes radiologiques sont tardifs (pincement articulaire).

1.6.3 LE PHLEGMON DES GAINES DES FLECHISSEURS :

Il est suspecté devant des douleurs à la mobilisation des doigts et à l'apparition d'une douleur au cul de sac proximal de la gaine des fléchisseurs.

1.6.4 LA DESTRUCTION DE LA MATRICE UNGUEALE :

Elle se voit essentiellement dans les panaris péri et sous unguéaux de l'enfant, alors que chez l'adulte, la matrice unguéale résiste longtemps à l'infection.

1.6.5 LA NECROSE CUTANEE :

Elle se voit surtout dans le panaris du dos de la deuxième phalange ou dans le panaris à *Streptocoque Bêta hémolytique A*.

1.6.6 LE PANARIS ABATARDI PAR LA PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES :

Il se caractérise localement par un empâtement diffus, une douleur à la pression et par l'absence de signes régionaux et généraux. Il nécessite une surveillance stricte car l'évolution peut se faire vers l'extension aux tissus de voisinage.

1.7 TRAITEMENT :

1.7.1 AU STADE PHLEGMASIQUE :

Le traitement repose sur des bains d'antiseptiques cutanés associés à une immobilisation (par l'intermédiaire du pansement ou d'une attelle).

Il est possible, mais non obligatoire, d'associer au traitement local une antibiothérapie anti-staphylococcique. Le risque de cette antibiothérapie est d'abâtardir un panaris ou de négativer des prélèvements bactériologiques éventuels ultérieurs.

A ce stade, le traitement est surveillé quotidiennement. L'évolution se fait soit vers la guérison, soit vers l'apparition d'une collection dont le traitement est alors chirurgical.

1.7.2 AU STADE DE COLLECTION :

➤ LE TRAITEMENT EST CHIRURGICAL :

Sous anesthésie générale et garrot pneumatique, il est pratiqué à l'évacuation de la collection, à un lavage abondant ainsi qu'à l'excision des tissus nécrosés.

Un prélèvement bactériologique est réalisé en début d'intervention.

La plaie est laissée ouverte. Le premier pansement est réalisé dès le lendemain. La cicatrisation nécessitera des pansements répétés et prendra deux à trois semaines.



➤ L'ANTIBIOTHERAPIE :

Elle n'est pas obligatoire : elle le devient en cas de signes régionaux et généraux ou devant la suspicion d'une infection à streptocoque (nécrose cutanée).

➤ LA SÉRO-ANATOXINO-PRÉVENTION ANTITÉTANIQUE :

Est indispensable.

➤ LA MOBILISATION :

Est entreprise dès la sédation des phénomènes douloureux et inflammatoires.

1.7.3 AU STADE DES COMPLICATIONS :

Chacune nécessite un traitement approprié. Au maximum, l'évolution peut aller à l'amputation du doigt.