

# Phlegmon de la gaine des fléchisseurs (207a)

Professeur François MOUTET  
Décembre 2002 (Mise à jour Mars 2005)

## Pré-Requis :

Cours FIHU

## Résumé :

Lésion au début discrète, sans extériorisation d'autre signe que la douleur au cul de sac supérieur de la gaine, le phlegmon de la gaine des fléchisseurs doit être diagnostiqué et traité tôt pour éviter, synovite, adhérences et doigts en crochet.

## Mots-clés :

Phlegmon, Fléchisseurs

## Références :

- R.VILAIN, J.MICHON, Infections de la main chez l'adulte et l'enfant. Masson Editeur Paris 1972

## Exercices :

### 1. Introduction

On appelle phlegmon de la gaine des fléchisseurs l'infection des gaines synoviales digitales (pour les trois doigts centraux) ou digito-carpiales (pour le pouce et le cinquième doigt). L'extrémité proximale de cette gaine ou cul de sac se situe au niveau du pli palmaire distal pour les doigts centraux et au dessus du bord supérieur du ligament annulaire du carpe pour le pouce et le cinquième doigt.

Cette infection est en générale consécutive à l'inoculation directe de la gaine par un agent pénétrant septique (aiguille, dent de chat, fragments de verre souillé etc.). Elle peut toutes fois être liée à la diffusion d'une infection de voisinage et s'accompagne alors des signes généraux liés à cette infection.

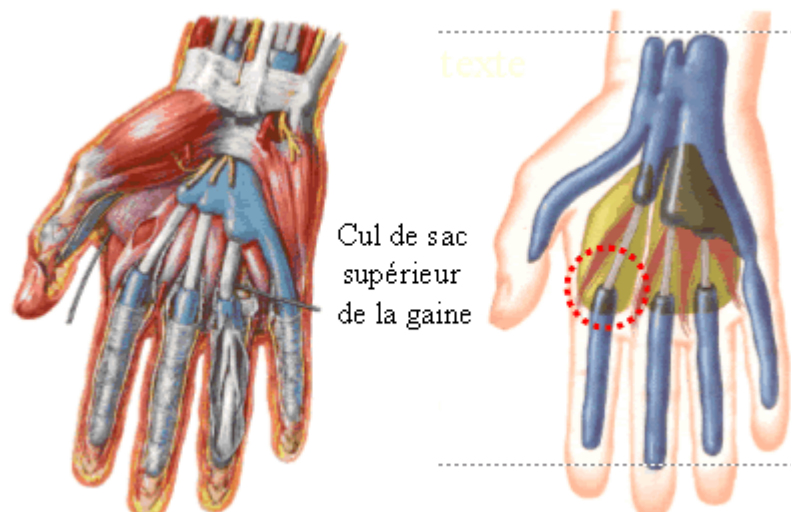


Schéma : les phlegmons des gaines

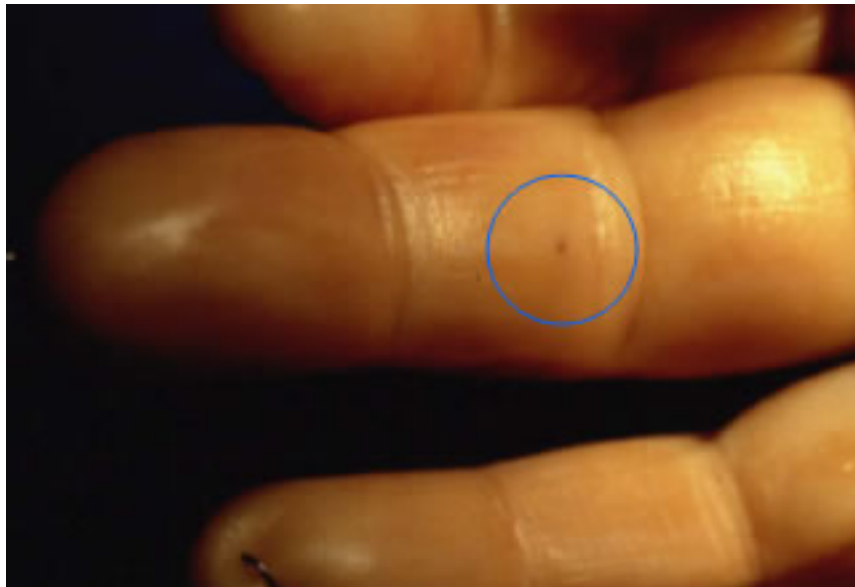
## 2. Diagnostic

### 2.1. L'interrogatoire recherche

- L'agent causal la notion de piqûre ou de morsure, le mode de survenue, le délai écoulé depuis l'accident et les traitements éventuels mis en route (antibiothérapie à l'aveugle?)
- Les problèmes de terrain (diabète, immunodépression etc.)
- L'état des vaccinations antitétaniques

### 2.2. A la phase de début l'examen

- Recherche la porte d'entrée :
  - Son siège par rapport aux plis articulaires et le trajet de la gaine
  - Son caractère inflammatoire ou non se souvenir qu'elle est souvent minime et parfois déjà totalement cicatrisée.



[Photo : la porte d'entrée](#)  
(F. Moutet)

- Il note l'aspect et l'attitude doigt :
  - Ici le doigt n'est pas inflammatoire, il se présente en très légère flexion. Cette flexion est une attitude antalgique en léger crochet réductible au prix d'un réveil de la douleur lors de la mise en extension du doigt.
  - La douleur au cul de sac supérieur de la gaine, à la pression directe ou à l'extension du doigt signe le diagnostic et à lui seul doit faire porter l'indication opératoire.
- Il n'y a ni fièvre ni signe généraux
- La recherche de signe de diffusion (lymphangite, adénopathie axillaire) est en règle négative.

### 2.3. A un stade plus avancé l'examen

Retrouve des signes inflammatoires locaux toujours discrets

Par contre l'attitude en crochet est nette

La douleur au cul de sac supérieur de la gaine est très vive accentuée par l'extension passive du doigt.

Avec le temps **le crochet devient irréductible**, le doigt est figé dans sa position antalgique, l'extension passive forcée du doigt réveille une douleur syncopale.

Les signes généraux sont discrets ou absents.

La recherche d'une lymphangite ou d'une adénopathie satellite est systématique.

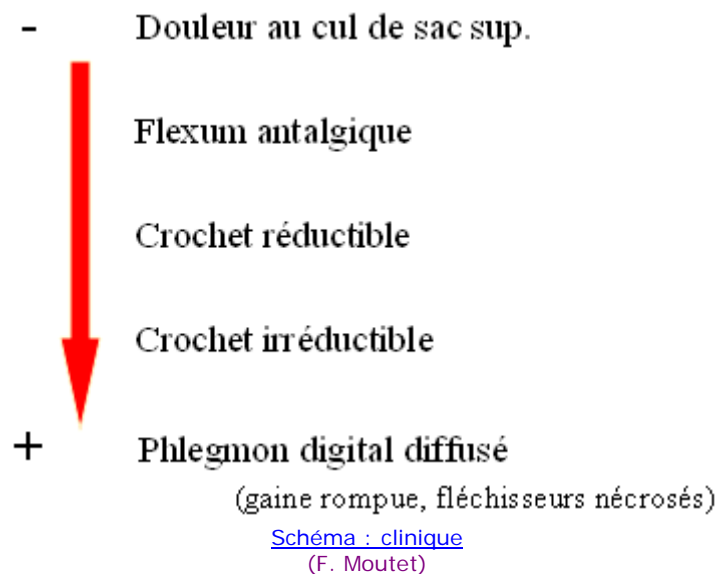
## 2.4. Sans traitement

L'évolution se fait irrémédiablement vers la diffusion.

L'examen retrouve alors un doigt inflammatoire tuméfié manifestement infecté.

**Il n'y a plus de position en crochet**, au contraire le doigt est ballant en extension toute flexion active est impossible. Le phlegmon a diffusé après avoir entraîné la rupture de l'appareil fléchisseur.

A un stade de plus l'élimination des fragments nécrosés de l'appareil fléchisseur peut se faire spontanément à peau par fistulisation.



## 3. Formes cliniques

Les formes **décapitées** par les antibiotiques prescrits à l'aveugle évoluent à bas bruit et sont d'évolution graves.

Le phlegmon en **fer à cheval** du à la communication des gaines digito-carpiennes du pouce et du cinquième doigt doit être connu. Il explique l'apparente diffusion inexplicée de l'un à l'autre.

La forme de **début** doit être reconnu et c'est à ce stade, de simple douleur au cul de sac supérieur de la gaine que le diagnostic doit être porté et le traitement instauré.

La forme avec doigt en crochet irréductible doit être considérée comme déjà une forme compliquée.

## 4. Traitement

### 4.1. Méthodes

#### 4.1.1. Le traitement médical

C'est l'antibiothérapie adaptée sur l'antibiogramme du liquide prélevé lors du lavage de la gaine si il existe des signes de diffusion.

#### 4.1.2. Le traitement chirurgical

Il comporte :

- **L'excision** de la porte d'entrée
- **Le prélèvement** pour recherche de tous germes et antibiogramme du liquide contenu dans la gaine
- **L'ouverture et le lavage** de proximal en distal de la gaine des fléchisseurs  
Ce dernier doit être minutieux et prolongé. Le liquide de lavage doit revenir absolument clair et sans effort après son passage dans la gaine.
- Le contrôle de l'état de la synoviale est systématique.

Il peut de plus avoir recours à :

- **La synovectomie** extensive du canal digital en respectant les poulies.
- **La réparation** de l'appareil fléchisseur rompu, mais toujours très à distance et en deux temps selon la technique de Hunter. Les résultats en sont assez incertains.
- **L'amputation** qui parfois être le dernier recours
  - évitant la plus large diffusion d'un phlegmon déjà diffusé
  - seul traitement d'un doigt en crochet invétéré n'ayant pas répondu aux gestes de reconstruction secondaires et/ou aux ténolyses itératives

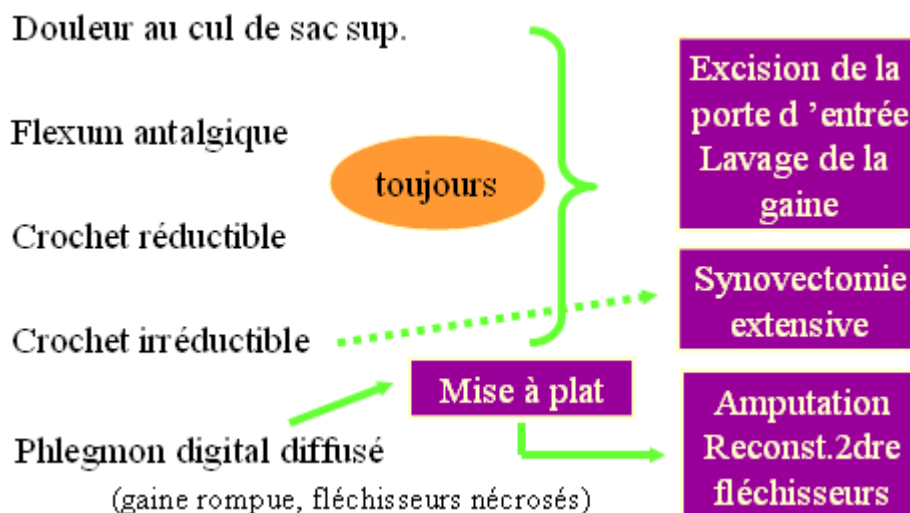


Schéma : traitement chirurgical  
(F. Moutet)

### 4.2. Indications

#### 4.2.1. *Le traitement médical*

Il ne doit jamais être entrepris à l'aveugle. Il sera toujours adapté sur le liquide de prélèvement réalisé en per opératoire

Il n'est systématique qu'en cas de signe de diffusion (lymphangite). La forme de début sans signes de diffusion ne nécessite pas de traitement antibiotique.

#### 4.2.2. *Le traitement chirurgical*

Il est réalisé sous anesthésie loco-régionale si aucun signe de diffusion ne vient en contre-indiquer la réalisation, si c'est le cas, il faut recourir à l'anesthésie générale.

L'anesthésie locale ou tronculaire distale est contre-indiquée ici car trop proche du foyer septique.

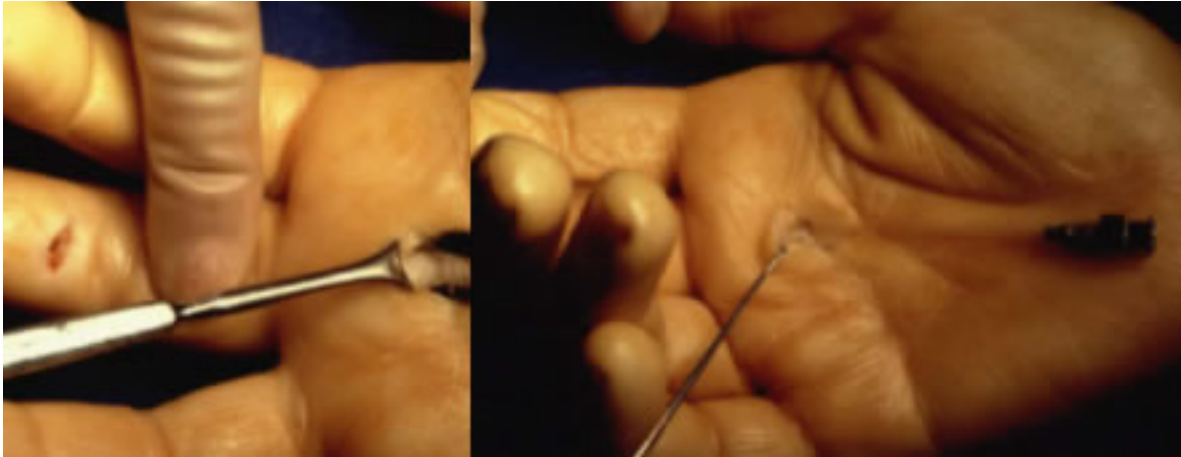
Il est systématique et comporte toujours quelque soit le stade d'évolution :

- L'excision de la porte d'entrée qui est laissée ouverte et mise à la cicatrisation dirigée



[Photo : excision de la porte d'entrée](#)  
(F. Moutet)

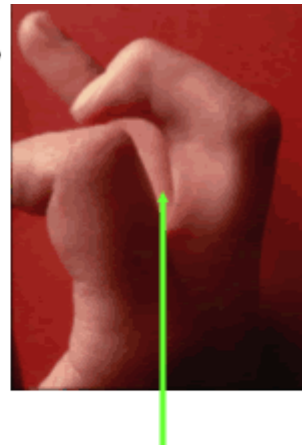
- Les prélèvements du contenu de la gaine qui sont adressés en bactériologie pour recherche tous germes et antibiogramme
- L'ouverture du cul de sac supérieur de la gaine et lavage de celle-ci. L'incision (au pli palmaire distal) est laissée ouverte et mise à la cicatrisation dirigée



[Photo : lavage de la gaine](#)  
(F. Moutet)

La mise en route d'une rééducation immédiate en post-opératoire afin de retrouver au plus vite les amplitudes fonctionnelles de la main et des doigts, fait partie intégrante du traitement.

### *Mobilisation immédiate*



Doigt en crochet avec élimination spontanée des fléchisseurs nécessitant une reconstruction secondaire complexe

[Photo : mobilisation immédiate](#)  
(F. Moutet)

**Suivant l'état local** du canal digital et de son contenu, il comprendra :

- une synovectomie des fléchisseurs respectant les poulies du canal digital
- une mise à plat des tissus nécrosés tendineux et cutanés

**Secondairement** au stade de séquelles, il pourra recourir:

- à la téno-arthrolyse d'un doigt en crochet
- à la reconstruction en deux temps de l'appareil fléchisseur selon Hunter sur un malade coopérant et averti de la lourdeur du procédé et de la qualité incertaine de ses résultats
- à l'amputation d'un doigt en crocher non fonctionnel et dangereux.