

Panaris (207b)

Professeur François MOUTET
Décembre 2002

Pré-Requis :

- Lecture Corpus
- Cours FIHU, plaies de la main

Résumé :

Infection lancinante, pulsatile, insomnante de la pulpe digitale, le panaris doit être excisé si il est collecté. Si il ne l'est pas il doit être mis dans un pansement sec au repos pour en surveiller quotidiennement l'évolution. Seuls des signes de diffusion à type d'adénopathie et/ou lymphangite feront instaurer un traitement antibiotique. Celui-ci ne doit pas être mis en place à l'aveugle sous peine de donner des formes décapitées torpides et dangereuses de ces panaris. Le prélèvement systématique du pus lors de l'excision permettra d'adapter l'éventuel traitement antibiotique sur les données de l'antibiogramme.

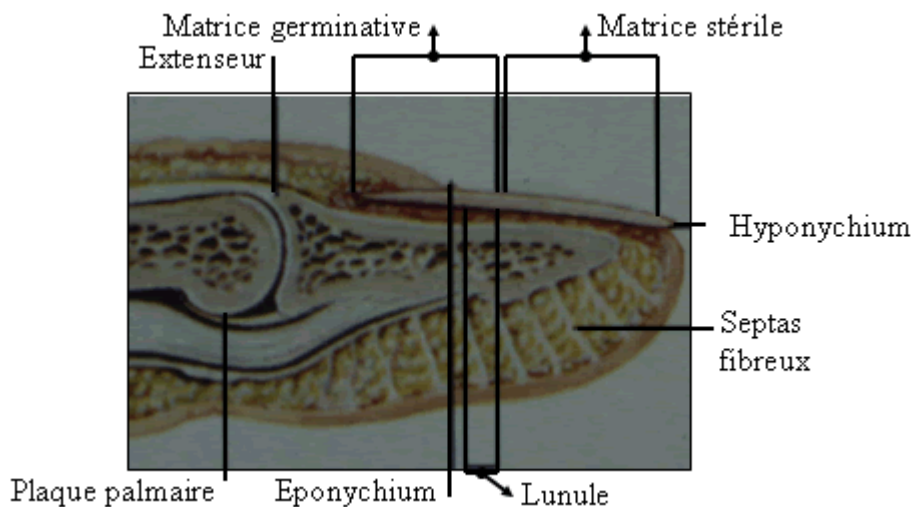
Index :

Panaris, Infection, Main, Doigts

1. Introduction

Infection de la pulpe des doigts le panaris doit sa particularité au cloisonnement de la pulpe par des travées conjonctives qui en assure la cohérence et concourent à sa dépressibilité lors des prises. L'infection de cette pulpe, cloisonnée physiologiquement sera donc peu ou pas accessible au traitement antibiotique et évoluera sur place pour son propre compte.

La dépression de la pulpe contre le plan dur réalisé par l'ongle et la phalange distale entraîne la dépolarisation des neurorecepteurs qu'elle contient. Cette "subtilité" du complexe unguéo-pulpaire doit être conservée.



[Schéma : les panaris](#)
(F. Moutet)

2. Diagnostic

2.1. Les circonstances de survenue

Elles sont assez stéréotypées.

Le panaris succède en quelques heures à quelques jours à une inoculation septique par :

- une piqûre, coupure griffure ou morsure,
- une phase d'onichophagie plus "agressive" que d'ordinaire,
- l'arrachement de petites peaux péri-unguéales, réveillant une infection torpide,
- une plaie négligée.

2.2. A la phase de début (catarrhale)

La pulpe est douloureuse tendue, tuméfiée rouge et chaude. Les douleurs sont pulsatiles avec renforcements nocturnes pouvant devenir insomniantes.

Les signes généraux sont discrets avec une hyperthermie modérée. Un examen biologique à ce stade confirmerait infection et inflammation débutantes.

La recherche de signes de diffusion (traînée de lymphangite, adénopathies satellites est bien sur systématique).

2.3. A la phase d'état (collectée)

Les douleurs sont insomniantes, la pulpe toujours inflammatoire, mais le ramollissement au centre de la tuméfaction traduit la collection et pose l'indication formelle d'excision.

Le tableau se complète confirmant l'infection clinique (hyperthermie) et l'infection biologique (hyperleucocytose à polynucléaires).

La recherche de signes de diffusion est là aussi systématique. Seule leur existence justifie la mise au traitement antibiotique systématique.

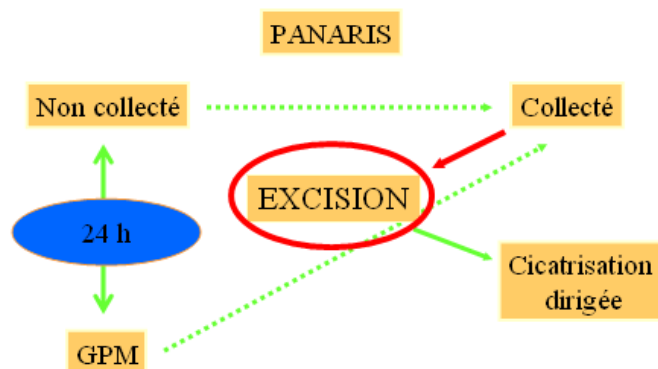


Schéma : arbre décisionnel
(F. Moutet)

3. Evolution

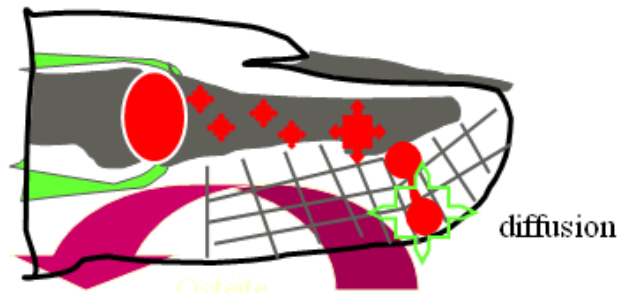
3.1. Sous traitement

A la phase catarrhale: récupération ad integrum en 24 à 48 heures

Après l'excision, si vu au stade collecté, la récupération ad integrum se fait après cicatrisation dirigée au prix d'une petite cicatrice stellaire sans conséquence fonctionnelle.

3.2. Sans traitement

La collection va s'éliminer d'elle-même, soit en se fistulisant vers l'extérieur comme le ferait un abcès, soit diffuser en profondeur risquant alors d'infecter la pulpe de voisinage (extension), la phalange sous-jacente (ostéite) et/ou gagner l'articulation inter phalangienne la plus proche (arthrite ou ostéo-arthrite).



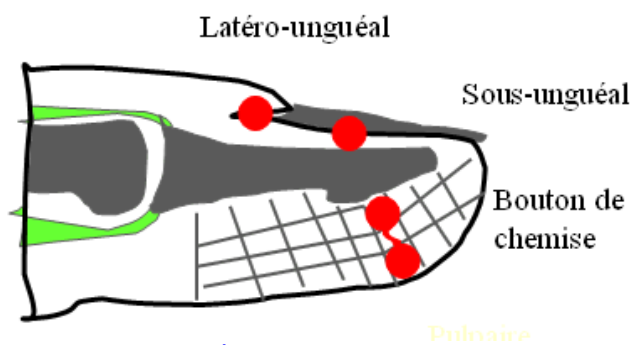
[Schéma : évolution sans traitement](#)
(F. Moutet)

3.3. Mal traité

Non ou insuffisamment excisé ou mis à tort à une antibiothérapie à l'aveugle, l'évolution du panaris va se faire comme précédemment mais sous la fausse sécurité d'un geste insuffisant ou sous le couvert de signes cliniques décapités par les antibiotiques. Ceci conduit à un diagnostic tardif souvent au stade de destructions avancées dont la reconstruction est difficile.

4. Formes cliniques

- **Selon le site on peut distinguer :**
 - Les panaris pulpaire, latéro, péri ou sous unguéaux.
 - On retiendra la classique forme dite en "bouton de chemise", où une collection superficielle communique par un petit pertuis avec une seconde collection plus profonde. La méconnaissance de cette dernière peut être source d'excision insuffisante et conduire à l'évolution vers une ostéite de la phalange distale.



[Schéma : formes cliniques](#)
(F. Moutet)

- **Selon le terrain :**
On se méfiera des panaris chez les sujets débilisés et les sujets à risques majeurs de diffusion septique (valvulopathes, immunodéprimés etc.)
- **Selon le germe :**
Le staphylocoque auréus est de loin le plus souvent en cause (80% des cas) viennent ensuite les streptocoques D et A (10%) puis le Protéus le Pasteurelles etc.
 - Le panaris dit chronique, récidivant peut être la complication d'une excision insuffisante, d'une cause entretenue ou s'intriquer avec une mycose périunguéal.

5. Traitement

Il est médico-chirurgical

5.1. Le traitement médical

En phase catarrhale il n'a pas sa place. A ce stade le seul pansement sec, de repos, antalgique et anti-oedème permet soit la guérison soit le passage à la collection et au traitement chirurgical.

Il n'est jamais institué à l'aveugle et sera adapté sur l'antibiogramme du pus prélevé lors de l'excision. Il a recours à une antibiothérapie adaptée per os pendant 8 à 10 jours.

Les seuls cas de mise systématique au traitement antibiotique sont :

- l'existence de signes de diffusion
- les morsures (tétracycline ou pénicilline)
- les panaris du nourrisson (risque de staphylococcie pleuro-pulmonaire)
- les valvulopathes (risque d'endocardite)
- les immunodéprimés

5.2. Le traitement chirurgical

5.2.1. Méthodes

C'est l'excision.

Sous anesthésie locale si l'absence de signes de diffusion l'autorise (sous garrot)

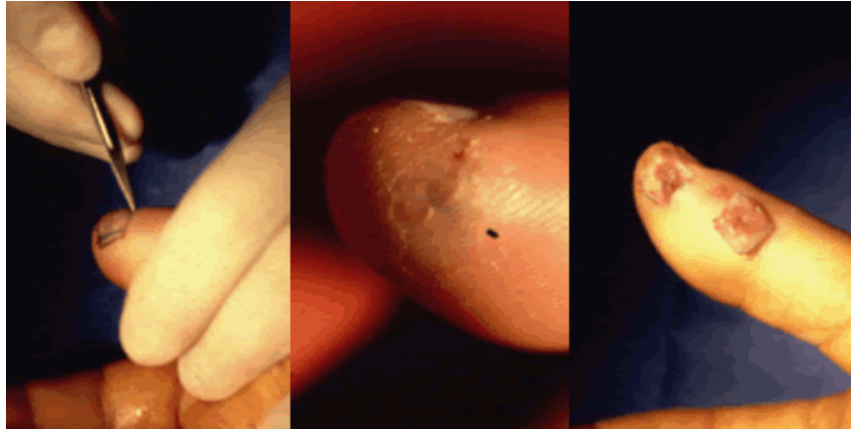
Elle doit emporter le capot cutané et tous les tissus infectés et nécrosés sous-jacents et vérifier, par une légère pression pulpaire, l'absence de pertuis au fond du cratère d'excision (forme en bouton de chemise).

En cas de panaris sous unguéal la partie couvrante de l'ongle doit être ôtée pour permettre une excision complète.

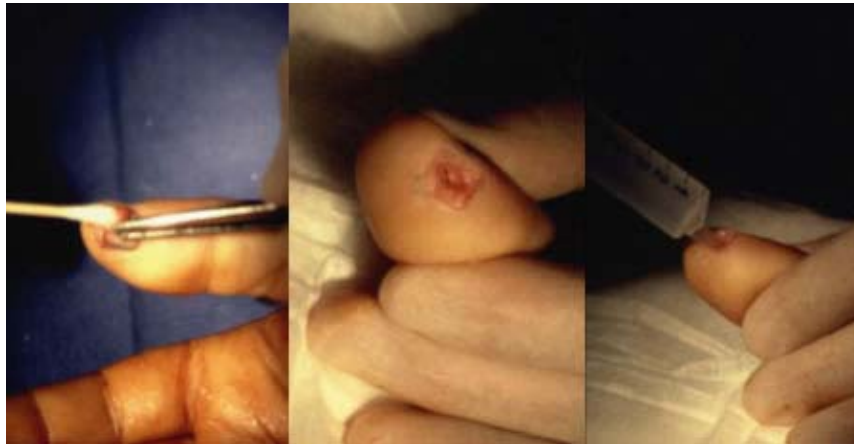
Le pus est systématiquement prélevé pour recherche de germes et antibiogramme.

La zone d'excision est laissée à la cicatrisation dirigée, les pansements sont quotidiens.

Il n'est pas mis de traitement antibiotique s'il n'existait pas de signe de diffusion en préopératoire la cure étant radicale.



[Photo : excision](#)
(F. Moutet)



[Photo : excision](#)
(F. Moutet)

5.2.2. Indication

- Elle est univoque lorsque le panaris est collecté: **c'est l'excision. Il n'y a jamais d'indication d'incision simple**
- En cas de forme, compliquée, vue tardivement ou décapitée, le premier geste reste toujours l'excision de la porte d'entrée donc du panaris initial.
- Elle sera complétée à la demande par :
 - l'excision élargie d'un phlegmon cellulaire dû à la diffusion septique, le plus souvent dans le cadre d'une forme abâtardie ou décapitée par les antibiotiques prescrits à tort.
 - le traitement d'une ostéite de la phalange distale
 - l'arthrodèse voir la désarticulation de l'articulation inter phalangienne distale que peut requérir une ostéoarthrite.

Quatre principes :

- Excision de la porte d'entrée
- Pas d'antibiotiques à l'aveugle
- Un trou propre vaut mieux qu'un couvercle sale
- Toute règle a ses exceptions

[Schéma : se souvenir](#)
(F. Moutet)

Références :

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