

Dans cette nouvelle lettre d'actualité, nous vous proposons un focus sur les infections cutanées de types abcès, panaris et morsures.

Aussi bien en pharmacie qu'au cabinet, ces infections sont des motifs fréquents de consultation.

Bien souvent bénignes, elles peuvent néanmoins entraîner des complications redoutables, touchant notamment les tissus nobles.

La crainte de ces complications, tant du côté des patients que des professionnels de santé, peut aboutir à la prescription inappropriée d'antibiotiques, pourtant inutiles dans de nombreuses situations.

Ce travail a été réalisé en collaboration avec les orthopédistes des centres de la main de la région Pays de La Loire.

Bonne lecture !



1. ABCÈS

Clinique

Collection purulente localisée au niveau du derme et/ou l'hypoderme, les abcès sont classés en abcès primaires, ayant souvent pour point de départ un follicule pilo-sébacé, et abcès secondaires, survenant sur une lésion pré existante (furoncle, kyste sébacé, maladie de Verneuil...).

Le staphylocoque doré produisant la leucocidine de Panton-Valentine (SA LPV+) est responsable de tableaux d'abcès récidivants ou de furunculose.

Prise en charge

Le drainage chirurgical permet la guérison de plus de 80% des abcès, pour peu que la technique soit maîtrisée.

Selon l'expérience du médecin, l'incision / drainage peuvent très bien être faits au cabinet. Dans le cas contraire, l'orientation du patient vers un chirurgien est préconisée. Seule exception, les abcès de la main doivent **systématiquement** être pris en charge par un chirurgien de la main.

L'antibiothérapie ne se discute qu'en plus du drainage et ne peut s'y substituer.

Elle peut notamment être envisagée dans les conditions suivantes (liste non exhaustive) :

- patient immunodéprimé
- diabète déséquilibré
- terrain alcool-tabagique
- mauvaise compliance prévisible aux soins / hygiène précaire



Microbiologie

Staphylococcus aureus
Dont staphylocoque LPV+
Faible proportion de
SARM

Les points importants du geste chirurgical :

- l'incision doit être large et béante, permettant l'écoulement des sécrétions dans les jours suivant le geste.
- le lavage doit être abondant, quel que soit le produit utilisé (antiseptique ou sérum physiologique).

Si une antibiothérapie est prescrite, les molécules de choix sont l'amoxicilline-acide clavulanique, la clindamycine ou la **pristinamycine** pour une durée de 5 jours. Les antibiotiques topiques ne sont pas indiqués.

Focus sur les abcès récidivants

La survenue rapprochée d'abcès ou de furoncles est évocatrice d'un SA LPV+. Il faudra bien sûr au préalable rechercher un diabète et éliminer une maladie de Verneuil (hidradénite suppurée, caractérisée par la localisation au niveau des plis avec cicatrices inesthétiques).

Si un SA LPV+ est évoqué, une **décontamination des gîtes de portage** staphylococcique est alors indiquée, pour le patient et son entourage proche. Vous pouvez retrouver [ce protocole sur le site medqual](#) .

La recherche d'un SA PVL+ n'est indiquée qu'après échec d'une première décontamination.

2. PANARIS

Clinique

Les panaris ou infections aiguës du complexe pulpo-unguéal, sont la conséquence d'une effraction cutanée : plaie, onychophagie, manucure, corps étranger...

On distingue les panaris au stade inflammatoire et au stade collecté. **La douleur pulsatile et/ou insomnante est toujours un signe d'alerte nécessitant un avis chirurgical.**



Auteur: Chris Craig

[Vidéo d'une prise en charge chirurgicale d'un panaris](#)



Microbiologie

Staphylococcus

aureus dans 50% des cas

Flore polymicrobienne

Prise en charge

Au stade inflammatoire :

Le traitement repose sur les soins locaux : bains pluri-quotidiens à l'eau savonneuse ou antiseptique type biseptine en application locale. Contrairement aux idées reçues, il ne faut pas réaliser de bains **prolongés d'antiseptique**, au risque de décaper la flore bactérienne commensale protectrice. Pour les mêmes raisons, le Dakin est à proscrire !

Il n'y a aucune place pour l'antibiothérapie, ni locale ni orale !

—> **La réévaluation à 48h est indispensable**

En cas de stagnation, sans aggravation ni amélioration, il est possible d'utiliser de la flammazine, couvert par un pansement, pendant 48h avec **nouvelle réévaluation**.

En cas d'aggravation lors de la 1^{ère}, voire de la 2^{ème} réévaluation, le patient doit être orienté vers un centre de la main.

Au stade collecté :

La prise en charge est impérativement chirurgicale. Il faut dans ces situations privilégier la prise en charge dans un centre de la main.

—> **La décision d'introduire une antibiothérapie revient au chirurgien**, selon la présentation clinique et le terrain du patient. Les facteurs incitant à introduire une antibiothérapie sont le diabète déséquilibré, l'immunodépression, le terrain alcool-tabagique, le risque de mauvaise compliance (liste non exhaustive).

Si elle est nécessaire, l'amoxicilline-acide clavulanique paraît légitime en 1^{ère} **intention**. En cas d'allergie, le cotrimoxazole ou la clindamycine sont à préférer à la pristinamycine. La durée de l'antibiothérapie est habituellement de 5 à 7 jours.

3. MORSURES

Clinique ^[2]

L'inoculation polymicrobienne survenant lors des morsures entraîne un risque très élevé d'infection, de l'ordre de 30 à 50 %. Il faut donc être particulièrement vigilant, même en présence de plaie paraissant peu délabrante. Le risque infectieux est déterminé par l'animal en cause, la localisation de la morsure (main en particulier), les antécédents de la victime et la qualité des soins locaux de la plaie. Notons que 80% des morsures de chat nécessitant une consultation s'infectent. Les morsures humaines exposent également au risque infectieux. Les infections apparaissant en moins de 12h sont évocatrices de Pasteurella multocida. Les infections à pyogènes surviennent plutôt dans les 48h. La rage possède un délai d'incubation plus important, avec une moyenne de 20 à 60 jours (mais pouvant aller jusqu'à plusieurs années).



Microbiologie

Polymicrobiennes+

(Pyogènes, Pasteurella multocida...)

Prise en charge chirurgicale

La prise en charge chirurgicale est **impérative** devant :

- une morsure de la main
- une morsure localisée en regard d'une gaine tendineuse, d'une articulation, d'une zone à pronostic esthétique
- une plaie étendue ou délabrante, nécessitant un parage et lavage minutieux
- une morsure humaine ou de chat

Pour les plaies mineures vues précocement et non concernées par les critères ci-dessus, la prise en charge au cabinet est possible :

- le lavage doit être abondant (sérum physiologique ou eau du robinet)
- les antiseptiques n'ont pas fait la preuve de leur supériorité par rapport à l'eau
- excision des tissus voués à la nécrose.

Prise en charge du risque rabique

Une morsure d'un animal terrestre non importé ne relève plus d'un traitement **antirabique post exposition (TPE) en France** métropolitaine. Le propriétaire a obligation de déclarer l'incident à la mairie et de soumettre son animal à une surveillance vétérinaire.

Plus d'informations en consultant [la fiche « rage »](#) sur le site MedQual.

En cas de doute, contacter [le centre antirabique](#).

Prise en charge du risque tétanique ^[3]

- ⇒ Patient à jour de sa Vaccination Antitétanique (VAT) : rien de plus
- ⇒ Patient non à jour de sa VAT:
 - Plaie mineure, propre : VAT rapide
 - Plaie souillée et/ou étendue : immunoglobulines (Gammatétanos 250 UI, injection lente par voie IM, si contre-indication, utiliser voie SC avec compression manuelle au point d'injection) + VAT (dans 2 zones différentes).

L'antibiothérapie est indiquée dans la plupart des situations. Seules les plaies mineures causées par des morsures non humaines et non dues à un chat, vues dans les 10 heures peuvent se passer d'antibiothérapie.

Si elle est indiquée, amoxicilline-acide clavulanique en 1^{ère} **intention**, pendant 5 jours. **Dans tous les cas, la réévaluation à 48h est conseillée.** ^[4]

RÉCAPITULATIF

Vérifier vaccination antitétanique

ABCÈS

Staphylococcus aureus

Drainage chirurgical +/- ATB (5 jours)

Abcès récidivants : décontamination

PANARIS

Staphylococcus aureus

Stade inflammatoire : soins locaux (eau + savon) et réévaluation à 48h

Stade collecté : centre de la main

MORSURES

Polymicrobien

ATB préemptive systématique (5 jours)

Avis chirurgical « facile »

MOT DE L'EXPERT

Dr Fabrice Rabarin, chirurgien orthopédique, centre de la main, Angers

Les abcès, panaris, morsures sont des **pathologies infectieuses très fréquentes**. Elles peuvent, en cas de prise en charge initiale non appropriée évoluer vers des conséquences et des séquelles sévères.

La difficulté pour le (la) praticien(ne) de premier recours est de juger quand adresser le (la) patient(e) vers un centre spécialisé. Si cela semble évident dans les cas de :

- Signes infectieux régionaux ou généraux
- De co morbidité(s) sévère(s)
- De collection infectieuse importante
- D'atteinte probable d'éléments nobles : os, articulation, tendons, pédicules vasculo-nerveux.
- De morsures sévères et profondes

Dans les autres cas la prise en charge peut se résumer par ces trois thérapeutiques :

- Les soins locaux : ils doivent se résumer à un lavage à l'eau savonneuse et l'application d'un topique cutané protecteur. Il faut éviter les bains de solutions astringentes qui auront tendance à léser le plan cutané et à surajouter souvent une brûlure à l'infection sous-jacente.
- **L'excision d'une petite collection** : elle doit se faire dans le confort du malade et du praticien habitué à ce geste.
- **L'antibiothérapie** : elle n'est pas systématique pour les abcès et panaris, elle l'est pour les morsures.

Enfin deux règles importantes sont à retenir :

- Règles de posture et hygiéno-**diététiques** : immobiliser le segment infecté (gros pansement, attelle,...), bonne hydratation et bonne alimentation.
- **Réévaluer la situation clinique sous 24 à 48 heures.**

SOURCES

- HAS/SFD/SPIILF. Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Fév. 2019/

^[2]-SFMU. Plaies aiguës en structure d'urgence. Référentiel de bonnes pratiques, 2017 /

^[3]- Avis du HCSP relatifs aux rappels de vaccination antitétanique dans le cadre de la prise en charge des plaies, 24 mai 2013/

^[4]- E. Pilly, 27ème édition, 2020