

LES PANARIS ET PHLEGMONS DE LA MAIN ET DES DOIGTS (A PROPOS DE 125 CAS OPERES)

A. ZINE, EH. KASMAOUI*, KH. KOULALI*, H. ISMAILI, A. MOULAY

Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, H.M.A Marrakech, Maroc

* Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, HMIMV Rabat, Maroc

RESUME

Les panaris et les phlegmons sont des infections fréquentes de la main ayant une fausse réputation de bénignité. Les caractères généraux sont dominés par une évolution clinique souvent trompeuse, parfois décapitée par les antibiotiques et aggravée par les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Quelques points de technique chirurgicale sont précisés à propos de 125 cas opérés. Les cas négligés et/ou mal traités initialement expliquent les mauvais résultats enregistrés dans cette série.

Mots clés : main ; phlegmon ; panaris

SUMMARY

Pyogenic infection of the hand are common and remean a serious disease when neglected.

During the last 15 years, the authers treated 125 cases of such infections. The aim of this retrosocective study is to show the gravity of these infections when they are not teated according to simple rules which nowadays should be very well known.

Key words : hand ; pyogenic infection

INTRODUCTION

Les panaris et les phlegmons sont des infections fréquentes de la main et des doigts représentant 25 à 30 % des activités des urgences (12). Ils ont une fausse réputation de bénignité.

Leur description clinique et leur physiopathologie n'ont pas changé mais de nouvelles données bactériologiques et épidémiologiques sont apparues. Les principes thérapeutiques directeurs garant d'un bon résultat sont simples. Paradoxalement, nous voyons dans notre pratique de plus en plus de formes au stade de complications. Le but de ce travail est de rappeler les bases et impératifs du traitement et d'analyser les causes des échecs thérapeutiques.

MATERIEL ET METHODES

Sur une période de dix ans (1990 – 2004), nous avons opéré 125 panaris et phlegmons de la main et des doigts ; seuls 63 dossiers ont été exploitables. Il s'agit de 48 hommes et de 15 femmes, d'un âge moyen de 30 ans (3 à 83 ans). Le côté droit était atteint 42 fois. Le délai moyen de consultation était de neuf jours. La répartition des lésions est résumée dans les tableaux 1, 2 et 3. Le pouce et l'index étaient les doigts les plus touchés dans notre série, respectivement 18 et 10 cas. Les autres rayons étaient atteints 9 fois pour l'annulaire, 8 fois pour le majeur et 6 fois pour l'auriculaire.

Les piqûres septiques dominaient les étiologies et représentaient 25% des cas. Dix cas correspondaient à des panaris négligés ou mal traités. 5 patients étaient diabétiques et un patient sous corticoïdes pour maladie de Behçet. Treize patients avaient pris des antibiotiques et 10 autres traités par association antibiotiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Le traitement chirurgical a été sous anesthésie générale pour la majorité des patients et seuls quatre patients étaient opérés sous anesthésie locorégionale. Le recours à un garrot pneumatique n'a été nécessaire que 12 fois. L'incision était adaptée à la localisation. La séquence opératoire comprend : excision, cellulectomie, lavage, pansement à plat, suture rarement et immobilisation par attelle plâtrée toujours. La mobilisation était débutée à partir du cinquième jour. Les phlegmons des gaines ont bénéficiés du procédé de Gosset. Un drainage était utilisé cinq fois ; trois fois dans les phlegmons commissuraux qui ont subit une contre incision du côté dorsal, une fois dans un phlegmon thénarien et une fois dans un panaris palmaire. Le prélèvement de pus n'a été fait que 23 fois, fait et non suivi dans 15 fois , fait et positif 17 fois, fait et négatif 4 fois. Les germes identifiés : staphylocoque aureus 11 fois, staphylocoque aureus plus proteus 3 fois, echérichia coli 2 fois, enterobacter une fois. Une antibiothérapie a été instituée 30 fois. Deux lambeaux de Vilain ont été utilisés ainsi que deux arthroèses de l'IPD. Nous avons excisé deux fois les tendons fléchisseurs des 2ème et 4ème rayons. Nous n'avions pas procédé à une réparation secondaire.

Tableau I : Topographie des panaris

Nombre de cas	Face palmaire	Face dorsale	Cas avec ostéite et arthrite
38	30	08	07

Tableau II : Répartition des phlegmons des gaines des fléchisseurs

Nombre de cas	Stade 1	Stade 2	Stade 3
12	06	04	02

Tableau III : Répartition des phlegmons des espaces cellulo-graisseux

Nombre de cas	Espace palmaire	commissures	Face dorsale
13	07	03	03



Fig 1: Phlegmon palmaire de l'index



Fig 2 : Mise à plat et lavage de la gaine digitale selon Gosset

RESULTATS

Les résultats fonctionnels ont été bons et très bons dans 89% des cas. Les critères retenus sont la mobilité, la sensibilité et la qualité de la cicatrice. Les résultats étaient mauvais dans 11% des cas. Nous avons amputé : P3 de l'index gauche une fois, P2 et P3 du 5ème doigt gauche deux fois, P3 du cinquième doigt droit une fois et le 4ème rayon deux fois avec reconstitution de l'arche intermétacarpienne par ostéotomie intra carpienne type Leviet (11).

Nous avons réopéré deux patients pour une excision complémentaire et un lavage de la gaine. Les séquelles notées étaient : 3 raideurs de l'IPP, une rupture du fléchisseur profond de l'index, 2 raideurs du 2ème rayon et une raideur du 4ème rayon. L'arrêt de travail était en moyenne de 6 semaines

DISCUSSION

la physiopathologie des panaris et des phlegmons de la main et des doigts détermine les gestes thérapeutiques notamment chirurgicaux. Deux faits anatomiques conditionnent l'aspect clinique et évolutif des infections de la main : l'exiguïté des espaces d'expansion d'une pat et la proximité immédiate des organes nobles d'autre part. Il s'agit d'une cascade d'événements qui commence par l'inoculation d'un germe dans un espace mort ou un tissu à la vascularisation perturbée. Le développement de l'infection et l'œdème secondaire déterminent une augmentation de la tension tissulaire locale, ils perturbent ainsi la vascularisation locale et induisent une nécrose. Celle-ci fait le lit de la multiplication

bactérienne. Ce phénomène autoentretenu explique la rapidité de l'évolution de l'infection au niveau de la main. En 48 heures, le stade d'invasion initial est franchi. Le but du traitement sera de rompre ce cercle vicieux, à défaut, la nécrose va s'étendre. Les complications suivantes peuvent alors se voir : phlegmons des gaines, arthrites, ostéites (de P3 en particulier) et nécrose digitale.

L'aspect clinique des panaris varie selon la localisation et le stade évolutif, phlegmasique au début puis stade de collection et enfin stade de complication. La répartition topographique et la fréquence des panaris ont été précisées (2, 12). Le panaris péri et sous-unguéal ou tourniole est le plus fréquent (62,8%), le panaris pulpaire (12%), le panaris du dos de la 2ème phalange (9,4%), le panaris de la face palmaire des deux premières phalanges (6,3%), le panaris du dos de la 1ère phalange ou panaris anthracoidé (4,4%), le panaris latéral de la 2ème phalange (3,1%). La douleur est le principal signe. Elle est intense, pulsatile, et à caractère nocturne. La réaction inflammatoire est focalisée avec un centre culminant.

Sous le terme de phlegmons de la main on désigne l'infection développée aux dépens des cavités de la main qui sont d'une part les gaines des tendons fléchisseurs, d'autre part, les espaces cellulaires sous cutanés dorsal, palmaire et commissuraux.

Comme mode de contamination on distingue le phlegmon primitif, le phlegmon secondaire le plus souvent à un panaris (12, 13, 14), rarement à une localisation hémotogène (16) et enfin les infections post opératoires.

Le tableau clinique associé à des degrés divers des signes locaux plus ou moins spécifiques (6) à savoir : l'attitude des doigts en flexion, la douleur le long de la gaine, la douleur exacerbée par les mouvements du doigt, en particulier par l'extension passive, ce qui réalise le signe du crochet très évocateur mais souvent tardif, et la douleur à la palpation du cul de sac proximal palmaire ou carpien selon le doigt. Des signes généraux peuvent compléter le tableau clinique.

London et Scott en 1948 puis Michon (13, 14) en 1974 décrivent 3 stades d'évolution anatomocliniques qui conditionnent le traitement. Le stade 1 de synovite congestive, le stade 2 de synovite granulomateuse et le stade 3 de nécrose tendineuse septique.

Le 1er stade dure au maximum 3 jours. La durée des autres stades est difficile à préciser, elle dépend de la virulence du germe, du statut immunitaire du patient et de la qualité de la prise en charge initiale.

Sur le plan bactériologique, les études de Stromberg (18), de Spigel (17), et de Glass (7) montrent une évolution de la responsabilité respective des différents germes et une diminution de leur sensibilité aux antibiotiques. Cette dérive bactériologique est secondaire selon ces auteurs à l'utilisation large et non adaptée des antibiotiques et à une sélection des germes pathologiques. L'apparition des germes anaérobies dans les infections de la main semble par contre secondaire à une amélioration des techniques bactériologiques et à une recherche plus soignée et plus systématique.

Les principes du traitement des panaris doivent être envisagés aux différents stades évolutifs. Un certain nombre de points techniques restent discutés et les opinions sont très divergentes dans la

littérature à propos de l'antibiothérapie, du geste chirurgical à réaliser et de l'immobilisation plâtrée.

Nous avons adopté pour notre part le schéma thérapeutique suivant :

Au stade phlegmasique, une immobilisation par attelle et une antibiothérapie pendant 48 heures, celle pourra être continuée pendant 5 à 8 jours devant l'amélioration franche et rapide des signes cliniques. L'observation et le suivi médical sont obligatoires.

L'indication chirurgicale est systématique au stade de collection. L'intervention est pratiquée au bloc opératoire sous anesthésie générale avec garrot pneumatique. Chaque localisation est abordée par un type d'incision spécifique avec excision complète des tissus dévitalisés. Il faut éviter tout procédé de drainage qui réalise un corps étranger inutile. Ce point particulier de la suture primitive ne doit pas être compris comme un dogme absolu ni un principe rigoureux. En effet, la perte de substance sera fermée par cicatrisation dirigée dans la plupart des cas. La cicatrice laissée n'est jamais invalidante selon Gosset (6). Dans le cas où un élément noble est exposé, ce qui rare, un lambeau de couverture locale ou à distance peut être proposé dès que la plaie est appropriée. Ceci est en général possible dans les 3 à 4 jours suivant le parage chirurgical si celui-ci a été correct. Un prélèvement bactériologique aérobie et anaérobie est réalisé de même qu'une recherche mycologique.

L'immobilisation par attelle plâtrée durant les 5 premiers jours post-opératoires est recommandée. La mobilisation précoce accélère la récupération de la fonction du doigt et évite les raideurs articulaires. Les bons résultats de ce procédé ont été démontrés par les travaux de Wittels et Bukhalter (22). Le pansement sera fait à la 24^{ème}Heure puis sera rythmé en fonction de l'aspect local. La désinfection se fait par un lavage énergique. C'est le drainage mécanique plus que l'effet antiseptique qui est recherché. Pour Bleton (4) et Michon (16, 17) et pour nous aussi, le traitement antibiotique ne doit pas dépasser 5 jours.

Le traitement des phlegmons pose le problème dans le cas de piqûre supposée septique, sur le trajet d'une gaine tendineuse. Le traitement médical sous haute surveillance comporte une antibiothérapie en fonction du mode de contamination et une immobilisation par attelle plâtrée. Il s'agit le plus souvent d'antistaphylococciques car le staphylocoque doré est le germe le plus fréquemment en cause (13, 14, 16, 19).

La conduite du traitement chirurgical varie suivant le stade anatomopathologique :

Dans le stade 1 de ténosynovite inflammatoire, nous pratiquons le traitement chirurgical décrit par Gosset (6) :

-L'excision de la porte d'entrée.

-Le lavage de la gaine au sérum physiologique.

-La fermeture des incisions selon les cas, telle que l'a longtemps prônée Vilain (21), Gosset (6) et Neviasser (16). Celle-ci n'est plus pratiquée par certains auteurs comme Koechlin (10) et Bleton (4) qui laissent les incisions ouvertes.

-Une antibiothérapie de 5 jours par voie générale, d'abord probabiliste puis adaptée à l'antibiogramme. Bleton (4) préconise une double antibiothérapie synergique (bétalactamine plus aminoside).

La main est ensuite immobilisée dans un pansement non compressif sur une attelle dorsale. Dès le 4^{ème}-5^{ème} jour, la mobilisation active des doigts est entreprise, si les signes locaux sont résorbés. Le retour à une fonction normale est la règle.

Les auteurs anglo-saxons sont des adeptes de l'irrigation drainage par un cathéter laissé en place plusieurs jours (15, 16).

Au stade II de ténosynovite suppurée avec tendon intact, le traitement est discuté. Nous pensons comme certains que la technique de Gosset est largement suffisante. Pour d'autres auteurs (12, 13, 14, 21), la technique de Gosset par lavage devient inadaptée et n'obtiendra pas la stérilisation du foyer. A l'excision de la porte d'entrée, ils associent une véritable synovectomie par un abord en zigzag selon Brunner sur toute la longueur du trajet tendineux, le risque alors étant la possibilité d'adhérences sources de raideurs.

Au stade III de nécrose tendineuse, l'excision de l'appareil fléchisseur est à mettre en balance avec l'amputation du doigt. Le patient doit être averti avant l'anesthésie.

Les principes du traitement des phlegmons des espaces cellulux sont les mêmes associant une excision de la porte d'entrée et des tissus nécrosés, un lavage, un pansement à plat et une immobilisation et une antibiothérapie adaptée. la rééducation sera entreprise précocement.

CONCLUSION

Le traitement des infections de la main et des doigts comporte un geste chirurgical complet, précoce et adapté, associé à une immobilisation systématique. Une chirurgie tardive ou timorée, une antibiothérapie abusive feront éclore les formes destructrices pouvant aboutir à des déboires fonctionnels importants allant jusqu'à l'amputation.

REFERENCES

- 1- Alnot, JY Larger. Infection de la main et des doigts. Encycl Med Chir App Locom 4-1978.
- 2- Arcadio Moulay A. Boulos, M. Lespine. Abrégés conduite des urgences, Masson, 1983.
- 3- Berard V, Bleton R. Les phlémons de la main. Journées de la main Hop Bichat Paris 1989 : 472-478.
- 4- Bleton R. Panaris et infections de la main. Journées de la main Hop Bichat Paris, 1989.
- 5- Corpet D. Les microbes ont de la résistance. La recherche 1989 ; 20 (215) : 1388-1392.
- 6- Gosset J. Le traitement actuel des ténosynovites suppurées de la main et des doigts, séance du 1er juin 1985. Rapport de l'académie de chirurgie : 560-570.
- 7- Glass KD. Factors related to the resolution of treated hand infections. J Hand Surg 1982 ; 17 (4) : 388-390.
- 8- Jandeaux M, Mellon J. Panaris des phalanges et phlegmons cellulux de la main. Ann Chir 1974 ; 28 (4) : 263-266.
- 9- Kilgor ES. Hand infections. J Hand Surg 1983 ; 8 (part 2) : 723-726.

- 10- Koechlin P, Apoil A. Traitement des phlegmons des gaines digitales et tendons fléchisseurs à la phase aiguë, à propos de 45 cas. *Ann Chir* 1981 ; 35 : 415-418.
- 11- Leviet D. Translocation de l'auriculaire par ostéotomie intra carpienne. *Ann Chir* 1978 ; 32 : 609-612.
- 12- Le Merle JP. Panaris et phlegmons de la main. *Cahiers d'enseignement de la SOFCOT* 1986 : 37-46.
- 13- Michon J. Le phlegmon des gaines. *Ann Chir* 1974 ; 28 : 277-280.
- 14- Michon J, Bour C. Les infectons de la main. *Ann Med Nancy Est* 1989 ; 28 : 231-238.
- 15- Mark J, Luthi U et al. Irrigation drainage with intra catheter in severe infections of the hand injury. *J Hand Surg* 1984 ; 16: 193-195.
- 16- Neviasser RJ. *Operative Hand Surgery*, CRENN, 1989 ; 2.
- 17- Spigel JD. A protocol of th treatment of sural infection of the hand. *J Hand Surg* 1988 ; 13 A : 254-259.
- 18- Stromberg BV. Changing bacteriological form of the hand infections. *J Trauma* 25 (6) : 530-540.
- 19- Sokolov C, Dabos N, Le Merle JP, Vilain R. Phlegmons des gaines digitales, à propos de 38 cas. *Ann Chir Main* 1987 ; (6): 181-188.
- 20- Tubiana R. *Traité de chirurgie de la main*. Ed. Masson, Paris, 1980 ; 1 : p 601.
- 21- Vilain R. *Petite chirurgie*, Ed Flammarion, 1983 ; p 26.
- 22- Wittells NP, Donley JM et al. A functional treatment, method for interphalangeal pyogenic arthritis. *J Hand Surg* 1984 ; 9 A : 1894- 1898.