

#001

Périmètre et objectif ECN



Introduction

25% des urgences traumatologiques

Chirurgie spécialisée +++
Etape essentielle de qualité

Responsabilité engagée à chaque étape+++++



- Bilan et pansement
- Orientation
- Prise en charge
- Rééducation
- Retour au travail





Urgences
21 Millions
De passages par an

Accidents du travail
Accidents de trajet
775 000 blessés

Accidents de la vie courante
8,5 à 13,5 Millions
De passages aux urgences

A.S.P.
135 422 accidents
2 655 morts
75 127 blessés

Les infections des parties molles de la main sont fréquentes, parfois banales en apparence, mais peuvent engager le pronostic fonctionnel.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Le champ recouvre surtout panaris, abcès, cellulite, plaies infectées, phlegmon des gaines des fléchisseurs et formes nécrosantes.
- L'objectif pratique est double : reconnaître ce qui relève d'un traitement local ambulatoire et repérer sans délai les formes chirurgicales.
- La main est un territoire à risque parce que les gaines, loges et espaces profonds favorisent la diffusion et les séquelles fonctionnelles.
- À l'ECN, toujours raisonner en stade évolutif, terrain, porte d'entrée, profondeur et retentissement général.

Source principale: PDF ITEM 344 + objectifs ECN

#002

Microbiologie et portes d'entrée

- Staphylococcus aureus domine les panaris et abcès ; streptocoques et bacilles Gram négatif deviennent importants selon terrain, morsure ou contexte nosocomial.
- La porte d'entrée est le plus souvent traumatique : écharde, manucure, piqûre, morsure, plaie négligée ou onychophagie.
- Les facteurs de gravité sont diabète, immunodépression, corticothérapie, alcoolisme chronique, AINS pris au mauvais moment et corps étranger.
- Une morsure humaine ou animale impose de penser aux germes polymicrobiens et à une exploration chirurgicale plus large.

Source principale: PDF ITEM 344

#003

Lecture clinique en 30 secondes

- Douleur non pulsatile, rougeur diffuse, chaleur locale et apyrexie orientent vers un stade phlegmasique non collecté.
- Douleur pulsatile, insomnante, masse rénitente, fièvre, lymphangite ou adénopathie signent la collection ou la diffusion.
- Déficit sensitif, déficit moteur, douleur sur trajet tendineux, plaie articulaire ou trouble vasculaire changent immédiatement le niveau de prise en charge.
- La question à se poser n'est pas seulement « infection ? », mais « collection ? gaine ? articulation ? os ? nécrose ? terrain à risque ? »

Source principale: PDF ITEM 344

#004

Plaie de la main : examen systématique



Partie 1 **Partie 2** Partie 3 Conclusion

Tableaux cliniques

Plaie douteuse

Section artérielle sans dévascularisation
Pouls capillaire



Section nerveuse sans déficit sensitif
Testing sensitif

Section tendineuse sans déficit moteur
Testing moteur



Toute plaie de la main doit être explorée fonctionnellement : vascularisation, sensibilité, appareil extenseur et fléchisseur.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Retirer bagues et bracelets, rechercher un corps étranger, préciser mécanisme, délai, contamination et statut tétanique.
- Tester la vascularisation : coloration, chaleur, temps de recoloration, pouls si nécessaire et saignement distal en contexte traumatique.
- Tester les nerfs : sensibilité pulpaire comparative, deux points si possible, territoire médian, ulnaire et radial.
- Tester les tendons avant anesthésie si possible : flexion profonde/ superficielle, extension active contre résistance, douleur ou déficit localisé.

Source principale: PDF ITEM 329

#005

Panaris : définition et stades

- Le panaris est une infection superficielle ou sous-cutanée d'un doigt, souvent péri-unguéale, sous-unguéale ou pulpaire.
- Le stade d'invasion est peu symptomatique ; le stade phlegmasique donne douleur modérée diurne et inflammation mal limitée.
- Le stade collecté associe douleur intense pulsatile, collection rénitente et parfois fièvre, lymphangite ou adénopathie épitrochléenne.
- Le stade compliqué correspond à l'extension : bouton de chemise, fistule, phlegmon, cellulite, ostéite, arthrite, nécrose ou bactériémie.

Source principale: PDF ITEM 344

#006

Panaris phlegmasique : traitement ambulatoire

- Le traitement médical est possible uniquement s'il n'y a ni collection, ni signe général, ni terrain inquiétant, ni atteinte profonde suspectée.
- Associer soins locaux, antiseptiques adaptés, antalgiques, protection de la porte d'entrée et consignes écrites de surveillance.
- L'antibiothérapie n'est pas automatique ; elle se discute selon terrain, diffusion, morsure, signes régionaux ou protocole local.
- Le contrôle clinique à 48 heures est obligatoire : l'absence d'amélioration fait basculer vers une prise en charge chirurgicale.

Point cle - Ne jamais « rassurer » un panaris sans rendez-vous de réévaluation : la bascule vers la collection peut être rapide.

Source principale: PDF ITEM 344

#007

Panaris collecté ou compliqué : chirurgie

- Le stade collecté, le stade compliqué et l'échec du traitement médical à 48 heures relèvent d'un traitement chirurgical.
- Le geste se fait au bloc : excision des tissus nécrosés, ablation d'un corps étranger, prélèvements bactériologiques et lavage abondant.
- La fermeture primaire est évitée : la cicatrisation dirigée permet le drainage et limite l'enfermement septique.
- Immobiliser en position fonctionnelle, soulager, vérifier tétanos et programmer l'auto-rééducation précoce dès que possible.

Source principale: PDF ITEM 344

#008

Formes de panaris à connaître

- Le péri-unguéal et le sous-unguéal sont fréquents ; une collection sous l'ongle peut nécessiter résection partielle ou totale de la tablette.
- Le pulpaire peut diffuser en bouton de chemise vers les espaces profonds et menacer la phalange distale.
- L'anthracoïde correspond à un furoncle dorsal digital et nécessite évacuation/excision des tissus nécrotiques.
- Le panaris abâtardi par antibiotiques peut être trompeur : signes atténués, suppuration traînante et risque d'ostéite ou phlegmon.

Source principale: PDF ITEM 344

#009

Panaris herpétique et morsures

- Le panaris herpétique donne vésicules douloureuses, parfois signes généraux, et se confirme par prélèvement du liquide vésiculaire si doute.
- Il ne doit pas être incisé : la chirurgie peut diffuser l'infection ; le traitement repose sur soins locaux et antiviral selon contexte.
- Une morsure animale ou humaine est une urgence de nettoyage, exploration, excision de la porte d'entrée et antibiothérapie adaptée.
- La plaie de la MCP après coup de poing doit faire évoquer une morsure humaine avec inoculation articulaire ou tendineuse.

Source principale: PDF ITEM 344

#010

Abcès des parties molles

- L'abcès est une collection purulente dans une cavité néoformée, avec douleur localisée, masse rénitente et inflammation périphérique.
- L'évolution spontanée suit début, collection, fistulisation puis cicatrisation, mais l'attente expose aux complications et à la diffusion.
- L'échographie aide si la collection est profonde ou mal limitée, notamment dans les espaces palmaires ou interdigitaux.
- Le traitement est le drainage chirurgical avec prélèvement lorsque indiqué ; les antibiotiques ne remplacent pas l'évacuation d'une collection.

Source principale: PDF ITEM 344

Phlegmon des gaines des fléchisseurs

 **Phlegmon des gaines**

- **Inoculation directe ++**
- **Signes cliniques?**
 - Douleur pulsatile et insomnante cul de sac et tout le trajet de la gaine « stretching test »; doigt en crochet
 - +/- signes loco-regionaux (lymphangite)
 - +/- signes généraux (fièvre, sepsis...)
- **Stades?**
 - 1 = inflammatoire / 2 = Collecté / 3 = necrose tendon
- **Examens paracliniques?**
 - Bilan biologique → évaluer gravité initiale et permet suivi
- **Traitement?**
 - **TOUJOURS URGENCE CHIR + ATB**



Le phlegmon des gaines est une ténosynovite infectieuse : douleur de gaine, doigt en crochet et douleur à l'extension passive doivent alerter.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- C'est une infection de la gaine synoviale des fléchisseurs, favorisée par inoculation directe, panaris pulpaire ou plaie négligée.
- Les signes majeurs sont douleur sur le trajet de la gaine, doigt en flexion antalgique, douleur à l'extension passive et œdème fusiforme.
- Les gaines du pouce et du cinquième doigt communiquent fréquemment au poignet, expliquant le risque de phlegmon à bascule.
- Toute suspicion est une urgence chirurgicale : immobilisation, bilan préopératoire, prélèvements, lavage et antibiothérapie adaptée.

Point cle - Le signe le plus rentable à l'examen est la douleur provoquée à l'extension passive du doigt.

Source principale: PDF ITEM 344

#012

Cellulite, dermohypodermite et diffusion

- La cellulite correspond à une diffusion inflammatoire sans collection drainable ; il ne faut pas la ponctionner comme un abcès.
- L'érythème extensif, la douleur, les signes généraux et l'altération du terrain imposent de rechercher une forme sévère.
- Les streptocoques du groupe A sont à évoquer devant évolution rapide, douleur marquée, phlyctènes ou atteinte nécrotique.
- La distinction abcès/cellulite guide le geste : incision-drainage pour collection, antibiothérapie et surveillance rapprochée pour cellulite non collectée.

Source principale: PDF ITEM 344 + HAS infections cutanées

Fasciite nécrosante : ne pas attendre



Fasciite Nécrosante

- **Germe?**
 - SGA ++ > S. Aureus > Autres gerles (BGN, etc.)
- **DIAG CLINIQUE ++**
 - Plages de nécroses cutanées + Erysipèle + sepsis sévère → Rechercher porte entrée
- **Examens paracliniques?**
 - Bilan bio inflammatoire (CRP, NFS) + CPK (destruction musculaire?) + iono creat urée / lactates / BHC (souffrance organes?)
 - Hemoc
 - +/- imagerie pour préciser localisation abcès profond
- **TTT?**
 - URGENCE MEDICO-CHIR ++ RISQUE DECES ELEVE
 - PEC médical du choc septique
 - ATB IV Tazo + Genta
 - Excision chirurgicale des plages de nécrose jusqu'aux fascia musculaires compris, mise à plat et drainage d'abcès profonds, traitement de la porte entrée



La douleur disproportionnée, la toxicité générale et les signes cutanés de nécrose doivent faire traiter avant les confirmations tardives.

Captures de cours ECN extraites du SSD1 (usage pédagogique)

- Y penser devant douleur disproportionnée, extension rapide, fièvre ou choc, crépitation, phlyctènes hémorragiques, hypoesthésie ou nécrose cutanée.
- Les examens ne doivent jamais retarder l'appel chirurgical ; l'imagerie est utile seulement si elle ne retarde pas le débridement.
- La prise en charge associe réanimation si besoin, antibiothérapie probabiliste large après prélèvements si possible, et excision chirurgicale urgente.
- La mortalité et les séquelles augmentent avec chaque délai : c'est une urgence médico-chirurgicale avant d'être un diagnostic radiologique.

Point cle - Douleur très intense avec peau encore peu parlante = piège classique des formes nécrosantes débutantes.

Source principale: PDF ITEM 344 + HAS infections cutanées

#014

Bilans complémentaires : quand et pourquoi

- Au stade phlegmasique typique, le diagnostic est clinique et aucun bilan n'est nécessaire d'emblée.
- En cas de collection, complication ou doute profond : radiographie pour corps étranger, ostéite ou atteinte articulaire ; biologie selon terrain.
- L'échographie localise une collection profonde et aide à distinguer cellulite non collectée et abcès drainable.
- Les prélèvements bactériologiques sont surtout utiles au bloc, en cas de gravité, récurrence, terrain fragile ou antibiothérapie probabiliste.

Source principale: PDF ITEM 344

#015

Antibiothérapie : raisonnement d'examen

- Elle complète un geste lorsqu'il existe diffusion, terrain à risque, signes généraux, morsure, infection profonde ou forme sévère.
- Elle doit couvrir d'abord staphylocoques et streptocoques, puis être élargie selon morsure, eau, immunodépression ou contexte nosocomial.
- Après prélèvement, elle est réévaluée sur l'évolution clinique et les résultats microbiologiques.
- Dans les infections profondes de la main, l'antibiothérapie seule est insuffisante si une collection ou une gaine infectée persiste.

Source principale: PDF ITEM 344 + HAS infections cutanées

#016

Suivi et prévention des séquelles

- Vérifier précocement douleur, fièvre, extension de l'érythème, lymphangite, mobilité digitale et qualité de la cicatrisation.
- Lutter contre l'enraidissement par mobilisation adaptée dès que le chirurgien l'autorise, sans compromettre le drainage ni la cicatrisation.
- Traiter la porte d'entrée, vérifier VAT/SAT, adapter l'arrêt de travail et protéger les professions exposées.
- Les complications tardives à connaître sont dystrophie unguéale, raideur, récurrence, séquelle tendineuse, ostéite et arthrite.

Source principale: PDF ITEM 344

Cahier de formation - 16 fiches - Orthopédie - Sources: SSD1/Alex/10- Orthopédie/fiche codex/ITEM 329 - PLAIE MAIN ET PARTIES MOLLES_V3.pdf; SSD1/Alex/10- Orthopédie/fiche codex/ITEM 344 - INFECTION PARTIES MOLLES_V3.pdf; HAS - Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes