

## PANARIS

---

Dr Arielle Salon

Extrait du Traité des Urgences du Pr Chéron

### 1. DEFINITION

On appelle panaris toute infection aiguë atteignant l'un quelconque des éléments constitutifs d'un doigt. L'usage restreint le plus souvent ce terme aux infections de l'extrémité digitale :

- *périonyxis*, infection du repli péri-unguéal latéral ou « tourniole » ;
- *panaris pulpaire* (infection sous-dermique).

L'*anthrax* est la nécrose aiguë d'un follicule pileux et se voit plus rarement chez l'enfant. Il siège exclusivement à la face dorsale des première et deuxième phalanges, munies de poils (chez l'enfant première phalange du pouce sucé).

Les autres localisations sont volontiers désignées par leur forme anatomique particulière (*arthrite, ostéite, phlegmon des gaines, fasciite*) et compliquent le plus souvent une inoculation ou un panaris mal traité. Rappelons qu'une morsure ne doit jamais être suturée aux urgences et que toute plaie de la main doit être vue par un chirurgien et le plus souvent explorée en milieu chirurgical, car la taille de la plaie ne présume en rien des possibilités d'inoculation sous-jacente.

#### 1.1 Le périonyxis aigu

Il est dû à l'inoculation de *Staphylococcus aureus*, plus rarement de *Streptococcus* ou d'anaérobies dans le paronychium par un fragment d'ongle, une dent (onychophagie), mais parfois aucune cause n'est retrouvée (hygiène des mains ++).

Au début, il s'agit d'une lymphangite localisée, de siège péri-unguéal : la douleur est modérée, il n'y a pas de fièvre ; un léger gonflement, une rougeur apparaissent.

En absence de traitement, l'évolution spontanée se fait vers la collection et la suppuration du repli latéral. La douleur devient pulsatile, insomnante, parfois fébricule à 38 °C. Une fusée purulente soulève parfois la partie latérale puis proximale de la table unguéale, et la suppuration peut gagner l'éponychium (repli proximal). L'extension palmaire est classique, réalisant le « bouton de chemise » (collection pulpaire), dont le traitement est exclusivement chirurgical.

#### 1.2 Le panaris pulpaire

C'est une infection cloisonnée de la pulpe. L'existence d'une barrière dermique épaisse empêche toute évacuation spontanée à temps.

Il est souvent consécutif à une inoculation septique (d'où l'importance de l'interrogatoire), mais il peut compliquer une tourniole non ou insuffisamment traitée (abatardie par des antibiotiques locaux ou des anti-inflammatoires essentiellement, ou traitée à un stade tardif).

L'enfant est en général amené pour une douleur très vive. L'examen (difficile) retrouve un œdème, une peau rouge tendue, et une perte de la pseudo-fluctuation de la pulpe. L'évolution naturelle des panaris sous-dermiques se fait vers la nécrose et l'extension profonde (dans les gaines synoviales péri-tendineuses pour devenir un phlegmon, ostéo-articulaire, et les espaces cellulaires de la main).

## 2. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Deux diagnostics différentiels importants peuvent prendre une allure aiguë pseudo-bactérienne, mais contre-indiquent la chirurgie en urgence. Les périonyxis chroniques (psoriasique en particulier, parfois très inflammatoire) sont éliminés plus facilement par un interrogatoire attentif.

### 2.1 L'Infection herpétique

Elle peut mimer soit un périonyxis, soit un panaris pulpaire et n'est pas rare chez le jeune enfant. Le doigt est moins douloureux que dans les panaris bactériens. Il est d'abord érythémateux puis de petites vésicules éphémères se forment. Leur liquide est clair ou trouble, *pseudo*-purulent, parfois hémorragique. L'œdème périlésionnel rend la pulpe douloureuse, inflammatoire, mais il n'y a pas de collection profonde. Il s'agit essentiellement d'un diagnostic de présomption : évolution clinique moins bruyante, interrogatoire (primo-infection connue, méningite lymphocytaire, récurrences sur le même doigt).

Le diagnostic repose sur les cultures cellulaires des vésicules au stade précoce et sur deux sérodiagnostics (rarement effectués) montrant l'élévation du taux des anticorps.

L'évolution est spontanément résolutive en deux à trois semaines, en absence de surinfection.

Le traitement chirurgical, contre-indiqué, favorise les surinfections et ouvre la porte aux complications trophiques. En revanche une authentique suppuration liée à une surinfection bactérienne devra être traitée comme telle. Le traitement est parfois général (aciclovir) mais avant tout local : antiseptiques (bains de *Dakin* dilué pluri-quotidiens, rinçage à l'eau courante, excellente hygiène des mains), aciclovir crème au tout début et pansements siliconés argentiques (urgotul SAG) sur les vésicules ouvertes.

### 2.2 Périonyxis chronique à *Candida albicans*

Mieux connu, il atteint volontiers l'éponychium (repli proximal) et peut donner une collection blanchâtre non purulente sous la lunule. Le repli est souvent inflammatoire, et peut donner le change avec une infection bactérienne, mais l'évolution est plus torpide.

Le diagnostic repose sur les prélèvements (écoulement et fragment de lame unguéale).

Le traitement est avant tout médical, prolongé.

## 3. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

La radiographie est :

- inutile dans les formes vues au début, vierges de tout traitement, péri-unguéales simples
- nécessaire dans les panaris pulpaire : radio centrée sur P3 de face et de profil
- indispensable dans toute forme vue tard, ou abâtardie par un traitement inapproprié (anti-inflammatoires) à la recherche d'une ostéite de P3 ou d'une atteinte de l'IPD.

## 4. TRAITEMENT

**4.1.** *Au tout début, dans les 12 ou 24 premières heures, le traitement peut être médical, sous surveillance rapprochée. Au stade de lymphangite localisée, il n'y a pas de place pour l'incision et le drainage, sauf en cas d'abcès très superficiel où la phlyctène peut être mise à plat en consultation :*

– bains antiseptiques bi-quotidiens pendant cinq minutes de l'extrémité du doigt dans du Dakin dilué au tiers ou au quart selon l'âge de l'enfant, et repos du doigt

– antibiothérapie systémique bactéricide efficace 5 à 7 jours

– les anti-inflammatoires locaux et généraux sont contre-indiqués

\_ ne jamais oublier le tétanos s'il y a suspicion d'inoculation

\_ écrire les consignes, en garder une trace, et s'assurer que l'entourage est fiable

*L'antibiothérapie est dirigée de première intention contre le *Staphylococcus aureus*, systémique et bactéricide : l'amoxicilline-acide clavulanique est l'antibiotique de choix en absence d'allergie, administré en trois prises. Elle doit être adaptée à l'antibiogramme (Staph méti R +++) si l'on dispose de prélèvements, et au contexte : *Haemophilus* possible chez le tout petit, pasteurellose en cas de morsure animale. Elle doit faire sa preuve en 24 à 48 heures (consignes claires écrites, revoir l'enfant).*

*Les antibiotiques locaux n'ont pas leur place car ils agissent en superficie et sont bactériostatiques. En diminuant les signes locaux de façon temporaire, ils peuvent être responsables d'un retard thérapeutique et d'une extension de l'infection.*

**4.2** *Au-delà de la phase inflammatoire, la thrombose locale des petits vaisseaux et certaines particularités anatomiques (existence à la main d'espaces clos et de compartiments) rendent l'antibiothérapie dépassée.*

*Le traitement est impérativement chirurgical à un stade plus évolué de collection ou lorsque le traitement médical bien conduit et bien surveillé n'est pas efficace après 24 heures. L'intervention ne doit pas être faite en consultation mais en milieu chirurgical : anesthésie efficace, asepsie, mise à plat complète rigoureuse sous garrot, prélèvements bactériologiques dans de bonnes conditions. L'antibiothérapie postopératoire n'est pas nécessaire en l'absence d'ostéite ou de complication. Pansements et surveillance sont sous la responsabilité de l'opérateur.*

Le panaris est une affection très fréquente et reste de façon générale bénigne, à condition de ne jamais être en retard sur l'évolution de l'infection et de ne pas être iatrique (antibiothérapie tardive ou inappropriée, locale en particulier, prescription abusive d'anti-inflammatoires).

**En résumé l'arbre décisionnel est le suivant**

**Cas 1 :** Panaris collecté, surtout pulpaire : le traitement antibiotique et local est dépassé, la mise à plat chirurgicale est indiquée, en milieu chirurgical, dans les 6 à 12 heures. Eviter le retard thérapeutique, source d'aggravation des lésions.



Photo : panaris collecté (copyright Dr Salon, reproduction interdite)

**Cas 2** : Phase de début, inflammatoire

L'évoquer c'est le traiter.

Traitement local et antibiothérapie adaptée par voie générale. Contre-indiquer les antibiotiques locaux et les anti-inflammatoires per os. Surveillance rapprochée

Deux évolutions possibles :

Résolution rapide : poursuivre le traitement un minimum 5 jours

Absence d'évolution favorable dans les 24 heures : passer au traitement du Cas1



Photo : tourniole au début (copyright Dr Salon, reproduction interdite)

**Cas 3** : hésitation diagnostique avec un périonyxis candidosique ou un panaris herpétique : soins locaux adaptés, surveillance rapprochée : l'évolution ne doit pas se faire vers l'acutisation dans les 48 heures sinon traiter comme en 1 ou 2.