

Panaris, ongle incarné, abcès vue par le dermatologue

Dre B Trigona

Cheffe de Clinique

en Dermatologie et Vénérologie

HUG

Plan

- Panaris
 - Définition
 - Clinique
 - Traitement
 - Cas cliniques
 - Diagnostic différentiel
- Ongle incarné
 - Définition et stades
 - Prise en charge par phénolisation
- Abcès
 - Cas clinique

Anatomie de l'ongle

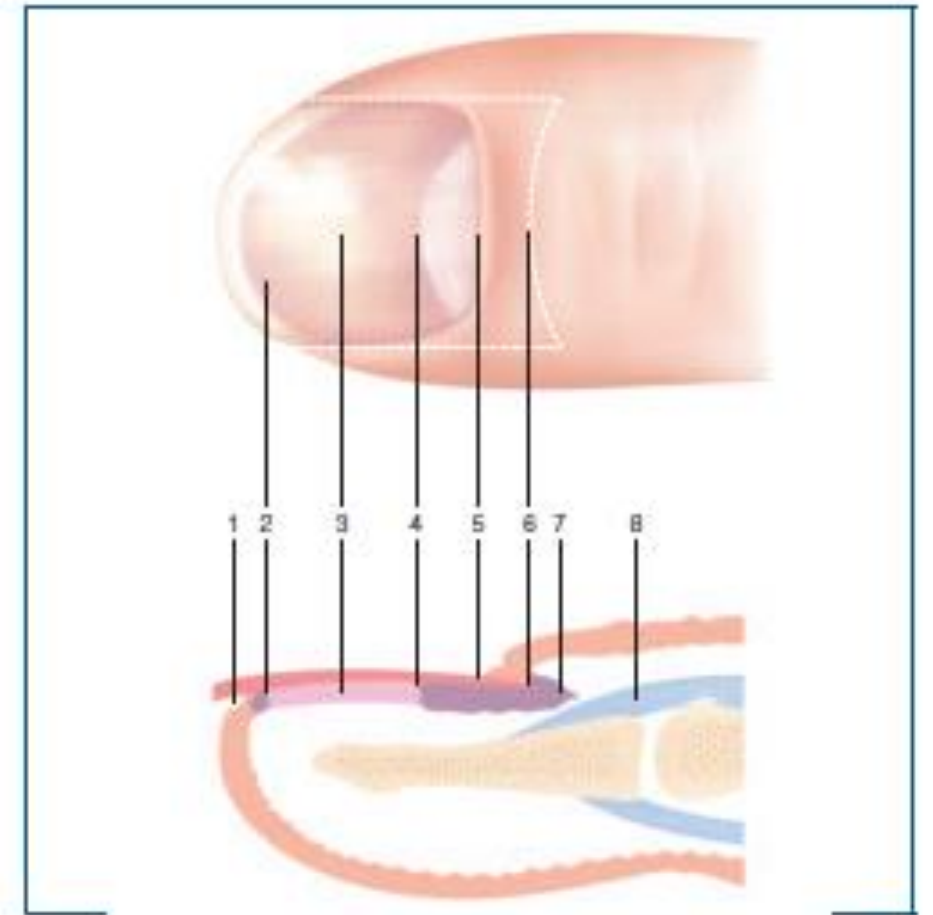
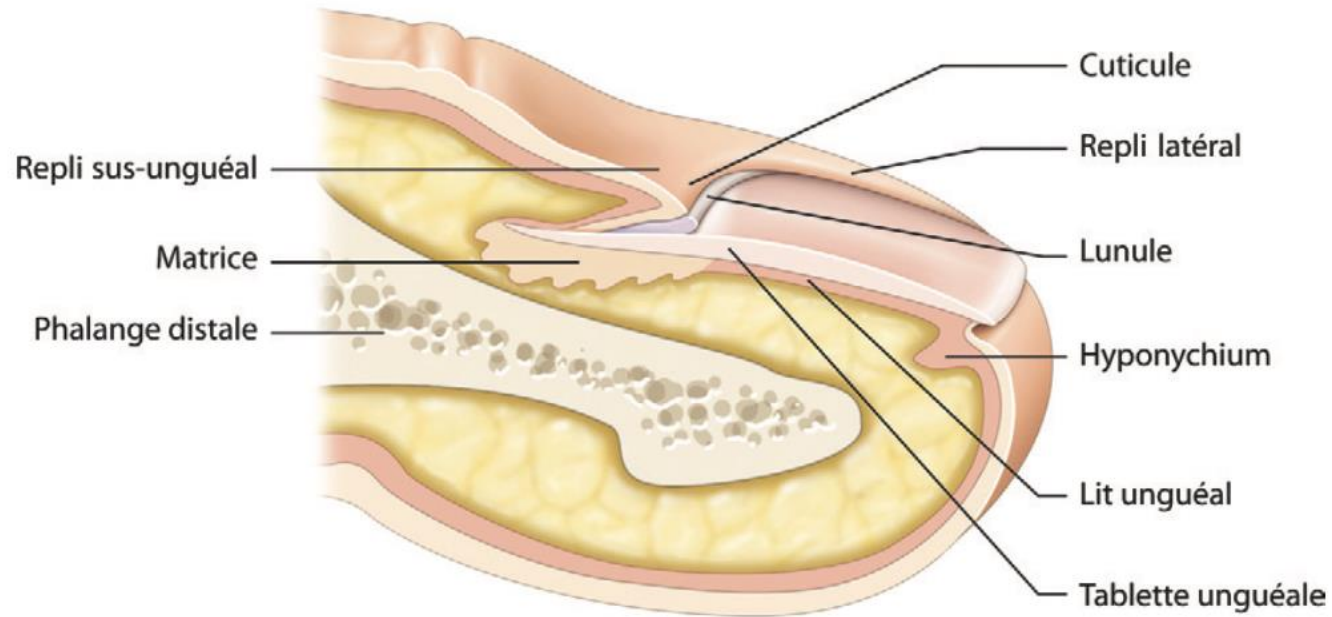


Fig. 15.1 – Anatomie de l'ongle.

Zone visible :

1. sillon distal
2. hyponychium
3. lit unguéal
4. limite distale de la lunule
5. cuticule terminant le repli sus-unguéal

Zone cachée par le repli sus-unguéal :

6. bord proximal de la base de l'ongle logé dans le cul-de-sac
7. matrice
8. tendon extenseur

Panaris

Panaris

- Définition :
 - Infection aiguë du doigt
- Périonyxis : inflammation des replis sus unguéal et latéraux
- Agent pathogène
 - Bactérien
 - Staphylocoque
 - Plus rarement Streptocoque (dactylite)
 - Autres: Pseudomonas, enfant => Haemophilus influenzae.
 - Fongique : Candida (panaris chronique)
 - Viral : Herpès

Clinique

- Début :
 - Douleur / Erythème / Gonflement
- Evolution :
 - Collection / Pulsatile / Douleur insomnante
- Par la suite :
 - Fébrile
 - Trajet lymphangitique
 - DHD



Examens complémentaires

- Frottis bactérien
 - Germe atypique
 - Germe résistant
 - Pas de germe
- Frottis candida en cas d'argument clinique
- Frottis herpès si clinique évocatrice

Prise en charge du panaris bactérien

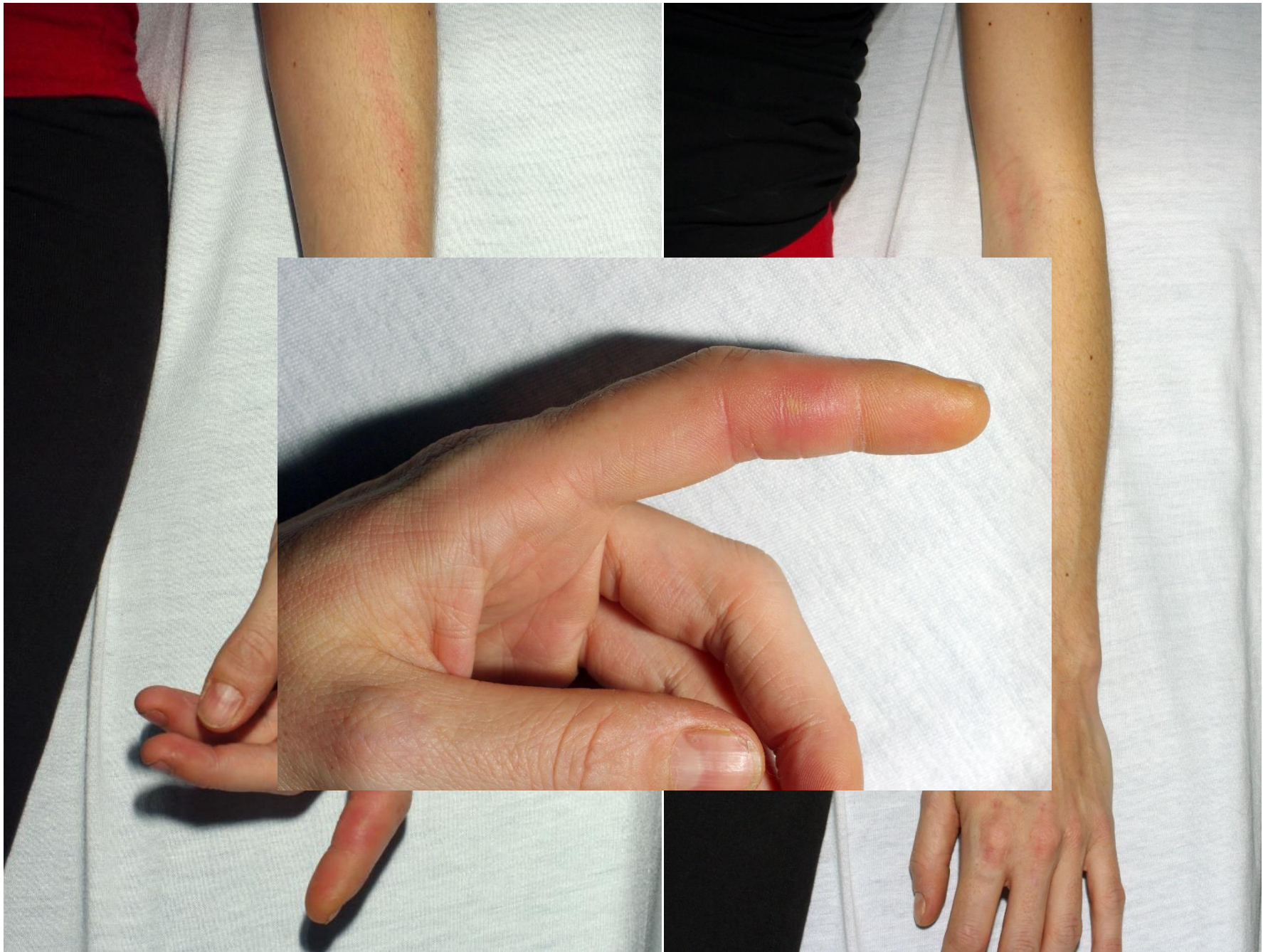
- Débutant sans collection visible :
 - Soins locaux +/- antibiotique
 - Contrôle clinique à 24-48h
- Collection :
 - Drainer la collection +/- antibiotique
 - Contrôle clinique à 48h

Cas cliniques

Dactylite streptococcique









Panaris herpétique

- Enfants et jeunes adultes (20-30 ans)
- Contamination :
 - Auto-inoculation ou hétéro-inoculation (HSV1 ou HSV2)
 - Contamination professionnelle (dentistes, anesthésistes)

Panaris herpétique

- Prodromes : brûlure, picotement, prurit
- Vésicule
- Œdème et érythème d'un doigt
- Périonyxis
- Fièvre, adénopathie et lymphangite possible

Traitement du panaris herpétique

- Pas d'incision-drainage :
 - Car pas de collection
 - **Incision = porte d'entrée pour surinfection bactérienne**
- Soins antiseptiques locaux
- Auto résolutif en 2-4 semaines
- Antiviraux per os :
 - Valtrex 500 mg 2x/j 5 jours
 - Diminue la durée des symptômes de 14 à 5 jours

Panaris atypique
=> penser à l'herpès



Panaris candidosique

- Candida albicans
- Foyer de contamination
- Professionnel :
 - Nettoyeur
 - Poissonnier
 - Infirmier

Panaris candidosique

- Péri-onyxis ou onyxis proximal
- Atteinte de l'ongle avec onychodystrophie
- Subaigu ou chronique

Traitement

- Prélèvement mycologique (frottis possible)
- Suppression des facteurs favorisants
- Suppression d'un foyer candidosique si présent
- Bain antiseptique
- Antifongique local
 - Nystatine topique (Multilind, Mycostatine suspension)
- En cas d'échec discuter un traitement systémique (Fluconazol)

Rétronychie



Diagnostic différentiel du panaris

- DD :
 - Rétronychie
 - Psoriasis



Ongle incarné

Stade 1

Algique simple



L'ongle pénètre dans la peau, d'1 ou de 2 côtés

Douleur modérée, inconstante, recréée à la pression

-> 3 à 4 fois/jour :

Bains de Dakin® ou de Bétadine® (pur-e ou dilué-e) puis pansement de compresses imbibées de Dakin ou de bétadine

-> Podologue : Limage spécifique *amincissement du tiers moyen pour diminuer la pousse latérale, fil de titane, tapping, orthèse,...*

-> Consignes d'hygiène++ ➡

-> Antalgie

-> Agir sur les causes

Stade 2

Inflammatoire



Périphérie de l'ongle rouge et chaude, oedématisée et douloureuse
PAS de pus

-> Repousser la peau qui surplombe l'ongle.

-> 3 à 4 fois/jour :
Bains de Dakin® (pur ou dilué), puis pansement gras + pommade Fucidine®

ou
Bains de Bétadine® (pure ou diluée au tiers), puis pansement de compresses bétadinées

-> Antalgie

-> Décharge de l'avant-pied (semelle de type Darco plate ➡)

-> Podologue

-> Consignes d'hygiène++ ➡

-> Agir sur les causes

Stade 3

Supuré



SANS panaris/collection

Périphérie d'ongle infectée, avec ECOULEMENT purulent

PAS d'incision
Laisser murir et surveiller

AVEC panaris/collection

Périphérie de l'ongle infectée avec COLLECTION purulente

-> +/- Incision des tissus mous selon taille et aspect
+/- méchage

-> 3 à 4 fois/jour :

Bains de Dakin® (pur ou dilué), puis pansement gras + pommade Fucidine®

ou

Bains de Bétadine® pure ou diluée au tiers, puis pansement de compresses bétadinées

+/-

Pommade Ichthyolan® 50% et pansement sec pour la nuit durant au max. 5 jours

-> ATB au cas par cas mais UNIQUEMENT si terrain à risque (cf. diabète, immunosuppression...) ou signes d'infection étendue -> Augmentin®, Clindamycine®

⚠ PAS d'ATB systématique



avec botryomycome

Périphérie de l'ongle infectée et BOURGEONNANTE

PAS d'incision
Laisser murir et surveiller

-> Application de Nitrate d'argent, et pansement sec 1x/jour
Durée 1 à 3 semaines

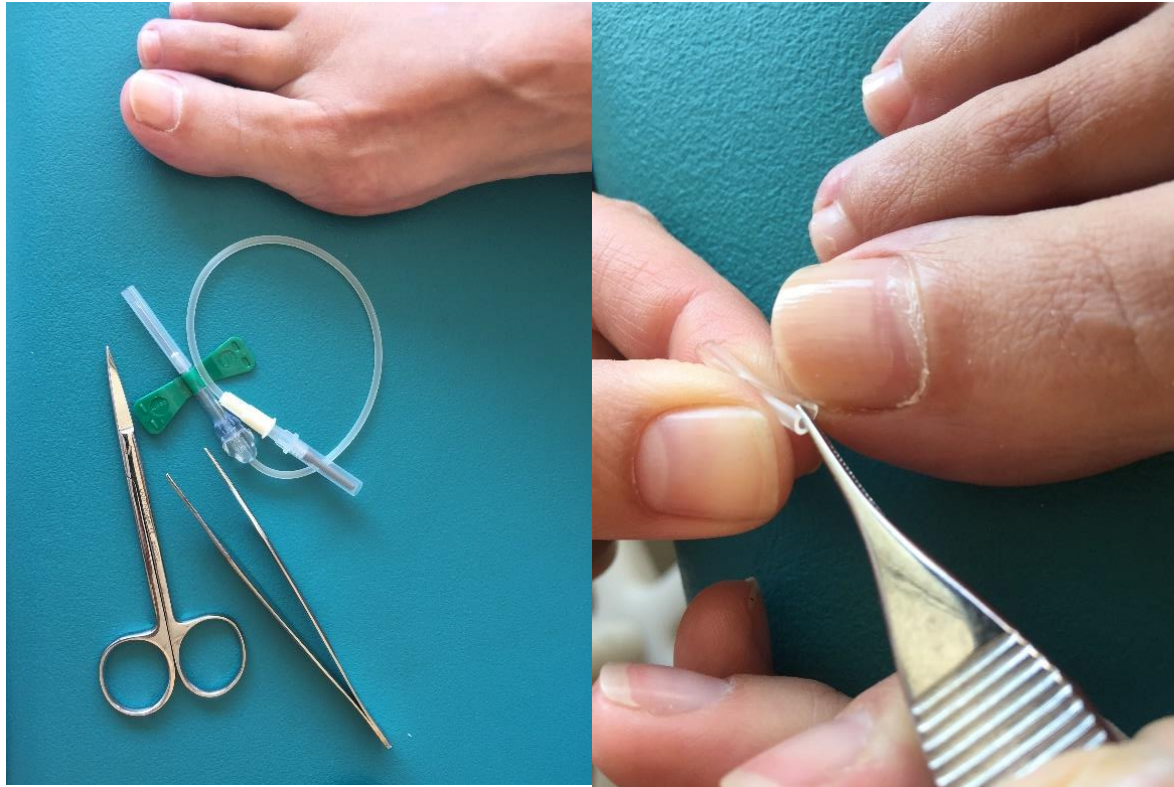
-> +/- Avis spécialisé.

possibilité de consultation pour avis +/- phénolisation par mail avec photo:michael.muhlstadt@hcuge.ch

-> Vérifier status vaccinal antité ([protocole](#))

Soins conservateurs des ongles incarnés

Tubulure



Taping



Cure d'ongle incarné par phénolisation

Avantages:

- Ambulatoire
- Peu de douleur post opératoire
- Mobilisation rapide possible
- Peu de récidence
- Permet de traiter les spicules

Phénoles en pratique

- Indication :
 - Ongle incarné avec un bourgeon charnu, stade 3
 - Si échec d'un traitement conservateur pour stade 2
 - Ongle en pince : à discuter en cas d'échec de traitement conservateur (soin de podologie)
- Contre-indication
 - Femme enceinte et allaitante
 - Insuffisance artérielle sévère ou artériopathie périphérique

Ongle en pince



Phénolesation en pratique

- Le soin :
 - Traitement ambulatoire en dermatologie
 - 30-45 min
 - Anesthésie en bague
- Soins post-opératoires
 - Pas d'antibiotique d'office
 - Repos avec jambe surélevée 1-2 jours +/- arrêt de travail
 - 1er pst à 48 h
 - Dès 48 h peut doucher le pied, pansement 1x/j pendant 2 semaines
 - 2^{ème} contrôle post-op à 2 semaines

Adresser un patient pour une phénoélisation aux HUG

- Soit un fax en dermatologie 022 372 94 70 (Dre Trigona/Dr Mühlstädt)
- Soit un mail: beta@hcuge.ch / mmuh@hcuge.ch
- Avec une **photographie de l'orteil**
- **Coordonnées du patient**
- Indication d'éventuels facteurs de risque :
 - Insuffisance artérielle (CI relative selon le stade)
 - Diabète
 - Immunosuppression
 - Allergies
 - Médicaments anticoagulants









Abcès

Cas clinique

Patient 41ans

- BSH, agent de sécurité
- Lésions pustuleuses qui s'abcèdent et s'ulcèrent depuis 2 mois
- Frottis : Staphylocoque MSSA
- Augmentin per os 2 semaines sans réponse clinique



Diagnostic

- DD?
- Quel examen complémentaire?
- Traitement d'épreuve?

8FL-US

M.121029.0357/

29/10/12 15:05 Frot plaie prof cuisse gauche

PRES Gène de régulation staph. agr type 4

T

ABS Exfoliatine A (MSSA)

T

ABS Exfoliatine B (MSSA)

T

PRES Toxine Panton-Valentine (MSSA)

T

ABS Toxine du toxic shock syndrome (MSSA)

T

+++ *S. aureus* méticilline-sensible (MSSA) (1)

T

ABS Germes anaérobies

T

Traitement

- Evolution lente sous Dalacine IV 10 jours puis relais per os
- Recherche de portage et décontamination



Toxine de Panton-Valentine

- Leucotoxine :
 - La plus rarement produite par le staphylocoque doré (3% souches)
 - Principalement MRSA mais aussi MSSA
- Réservoir :
 - Homme : Fosses nasales, intestin, peau, annexes glandulaires
 - Animaux domestiques
- Transmission : contact /aéroporté.
- Contact rapproché (club de sport, prisons), hôpitaux

Clinique

- Lésions caractérisées par
 - Nécrose
 - Pus
 - Inflammation
- Clinique :
 - Peau : abcès, furoncles, fasciite nécrosante
 - Poumons : pneumopathie nécrosante, pleurésie
 - Autre : ostéomyélite, arthrite, médiastinite, thrombophlébites septiques
- Recherche toxine non systématique

Traitement

- Antibiotique per os : mauvaise pénétration tissulaire due à la nécrose
- Clindamycin agit également sur la toxine
- Décontamination du patient et de l'entourage si nécessaire:
 - Savon antiseptique (chlorhexidine 4%, Hibiscrub®)
 - Pommade nasale (mupirocine: Batroban® nasal) 2x/j 7 jours

Staphylocoque doré avec toxine de Panton-Valentine

- Est rare mais en augmentation dans le monde
- Y penser devant
 - Abscès récidivants
 - Nécrotiques
 - Lésions similaires dans une même communauté
 - Résistant aux antibiotiques classiques

Merci pour votre attention

