

# INFECTIONS DES PARTIES MOLLES

R.-M. FERRO

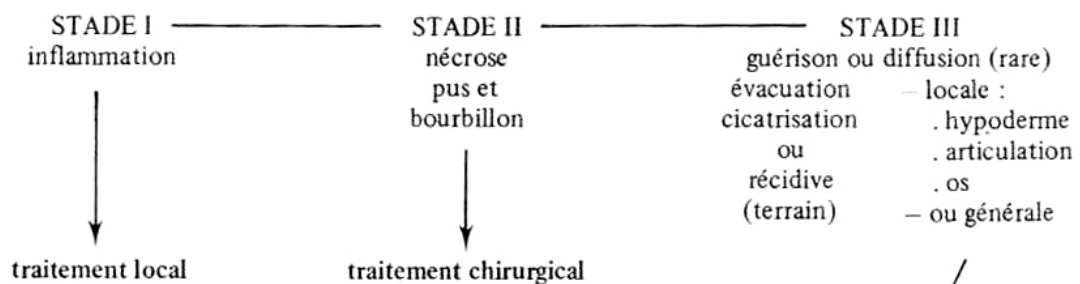
## FURONCLES ET ANTHRAX

**FURONCLE** : Nécrose infectieuse de l'appareil pilo-sébacé d'origine staphylococcique.

**ANTHRAX** : Agglomération de furoncles  
Notion de terrain

- diabète
- malnutrition
- carence vitaminique

ÉVOLUTION ANATOMO-CLINIQUE EN 3 STADES :



## TRAITEMENT DES FURONCLES ET ANTHRAX

D'une façon générale :

- ne pas utiliser d'antibiotiques car
  - germes souvent résistants
  - danger d'enkystement de la lésion

sauf si diffusion ou staphylococcie maligne.

- ne pas exécuter d'expression manuelle : traumatisant et facteur de diffusion.

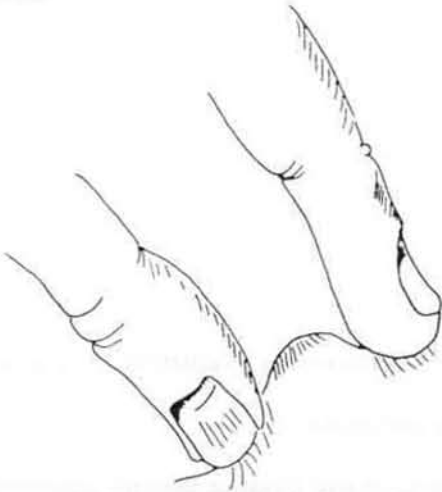
- il faut activer la suppuration par :

- . désinfection locale
- . pansements humides
- . pulvérisation locale (Lucas - Championnière)
- . pâtes antiphlogistiques.

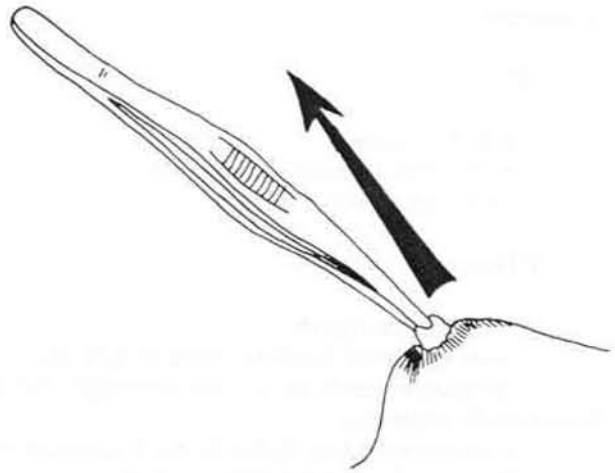
- ne pas oublier :

- . la recherche et la correction des tares (furonculose = diabète)
- . la prophylaxie du tétanos

FURONCLES

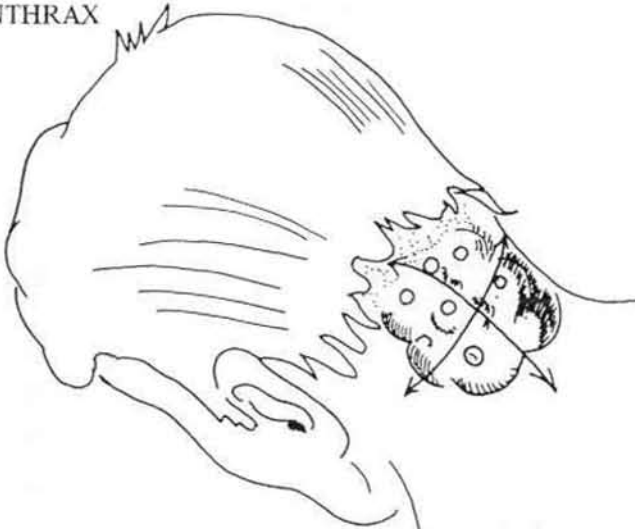


expression manuelle du furoncle  
Danger de diffusion +++ (à proscrire)



Extirpation à la pince chirurgicale  
du bourbillon

ANTHRAX



incision cruciforme



Décollement des berges

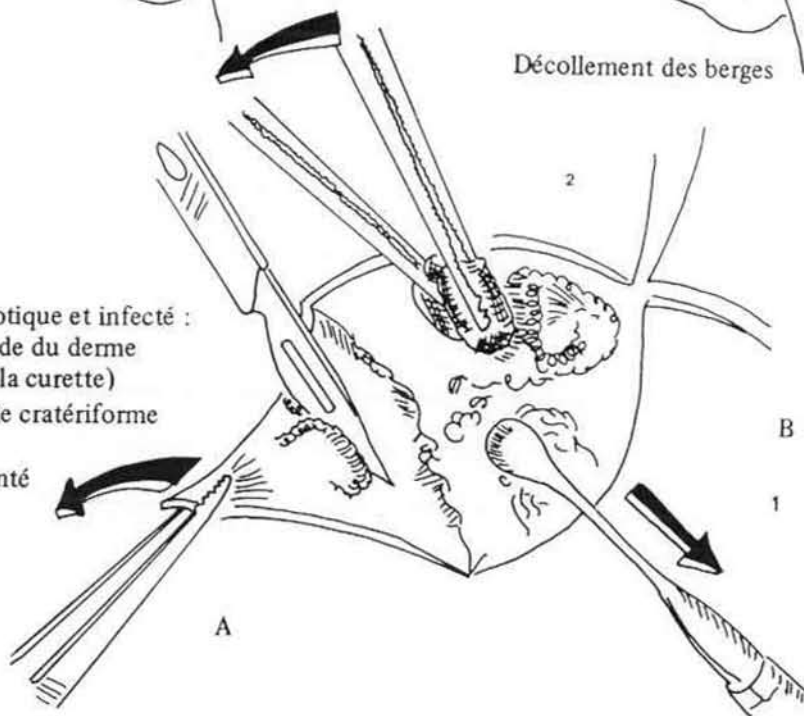
Exérèse du tissu nécrotique et infecté :

A – de la face profonde du derme  
(au bistouri et à la curette)

B – du fond de la plaie cratériforme

1. à la curette

2. au tampon monté



. les complications rarissimes de certaines localisations (face = danger de thrombose du sinus caverneux)

#### LE FURONCLE

- pas d'incision
- extraction du bourbillon à la pince (douloureux)
- cicatrisation en 6 à 8 jours

#### L'ANTHRAX

- incision chirurgicale  
  sous anesthésie locale au chlorure d'éthyle
- incision en croix de la zone nécrotique, décollement des lambeaux, évacuation au tampon ou à la curette du bourbillon
- excision de la face profonde des 4 lambeaux du tissu nécrotique.
- lavage de la plaie (Dakin) - méchage
- pansement à plat (3-4 fois) → guérison en 8 à 10 jours avec cicatrice toujours inesthétique.

## COLLECTIONS SUPPURÉES DES PARTIES MOLLES

- ABCES CHAUD :

### Phase initiale d'inflammation

- les pansements humides
  - les antibiotiques
- } < favorisent la collection  
          } < évitent la diffusion

### Phase de collection

- se reconnaît :
  - facilement dans les formes superficielles par la fluctuation,
  - plus difficilement dans les formes profondes : il faut y penser devant :
    - . les signes généraux : douleur, hyperthermie désarticulée, insomnie.
    - . les signes locaux : œdème superficiel, reflux de la suppuration profonde.

Le traitement est toujours chirurgical comprenant incision - exploration et drainage.

**Formes superficielles** : intervention sous anesthésie générale le plus souvent, sauf dans les formes très superficielles où l'on peut utiliser le chlorure d'éthyle.

- Incision** : - longitudinale large à cheval sur le point de fluctuation,  
- ne pas se préoccuper (sauf à la face) des conséquences esthétiques,  
- se méfier des incisions insuffisantes dites d'« Apothicaire » qui favorisent :
- la diffusion à bas bruit
  - la surinfection exogène.

### Exploration :

- digitale
- effondrement des cloisons et logettes
- mise à plat
- irrigation de la cavité à la seringue avec une solution de Dakin.

- Drainage** : - par lames souples (type DELBET)  
- ressortant par une contre-incision  
- lames qui seront retirées **progressivement** en 5 à 6 jours,  
- pansement à plat à refaire quotidiennement au début.

**Formes profondes** : Le traitement est identique. Mais au cœur de l'incision, il faut garder en mémoire les trajets vasculo-nerveux.

- ABCES DU SEIN : L'anesthésie générale est quasi obligatoire.

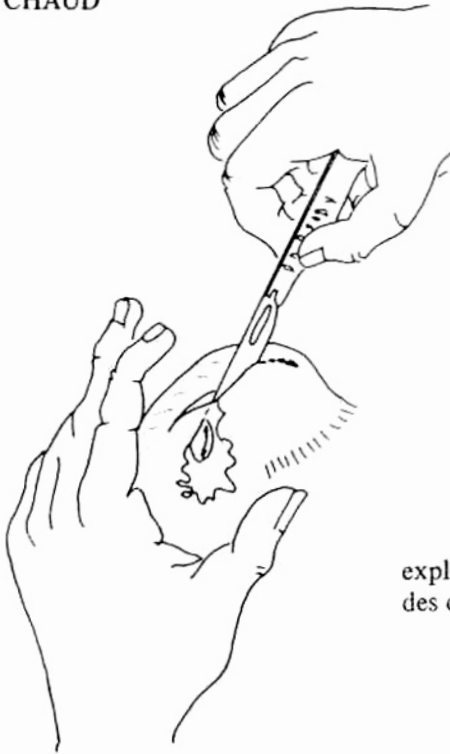
- Localisation superficielle ; utiliser les simples incisions paramamelonnaires ou radiaires.
- Localisation profonde :

- . incision à visée esthétique dans le sillon sous-mammaire
- . relever le sein par sa face profonde
- . incision large de tous les abcès en recherchant les diverticules résiduels (utilisation d'incision de débridement partiel)
- . drainage large par drains tubulaires souples
- . pansement quotidien permettant de retirer les drains tubulaires vers le 6e jour, de les remplacer si nécessaire par des lames souples qui seront progressivement et définitivement retirées vers le 12e jour.

- MYOSITES TROPICALES

**Début** : Prédominances des phénomènes inflammatoires. C'est une phase non chirurgicale où seront employés :

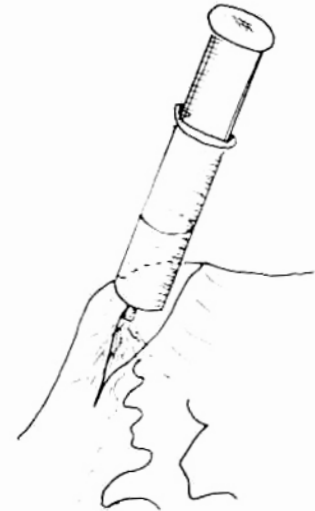
**ABCES CHAUD**



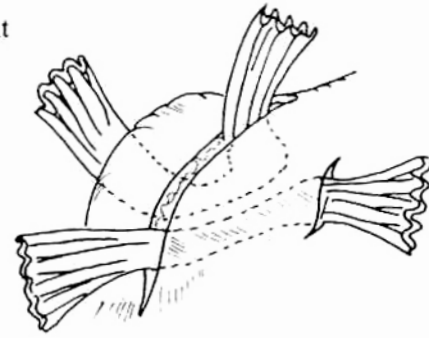
incision longitudinale sur le point de fluctuation



exploration digitale-effondrement des diverticules résiduels.

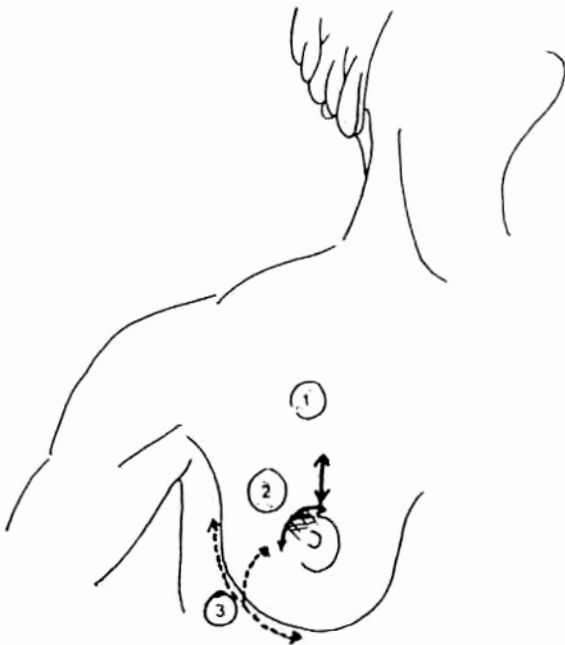


Rinçage au Dakin

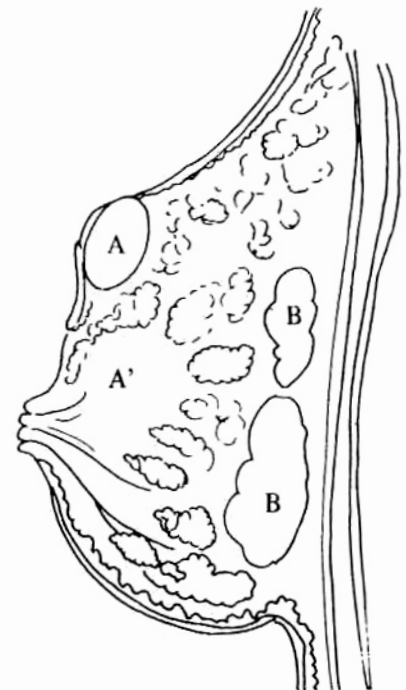


Drainage déclive par lames souples

**ABCES DU SEIN**



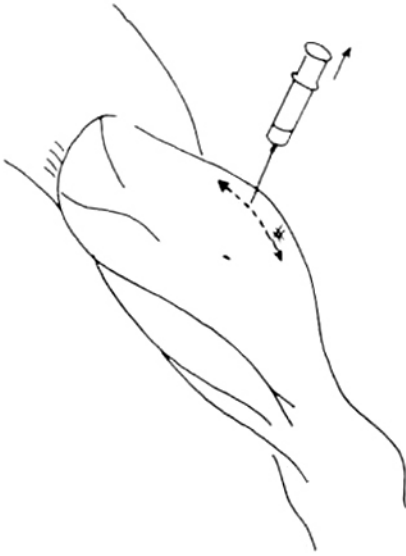
1. incision radiaire
2. incision paramamelonnaire
3. incision sous mammaire \_ débridement



A et A' formes superficielles drainées par les incisions 1 et 2

B et B' formes profondes ou multiples drainées par incision sous mammaire.

## MYOSITES TROPICALES



Ne pas attendre la phase  
de fluctuation  
la ponction-diagnostic  
confirme la collection



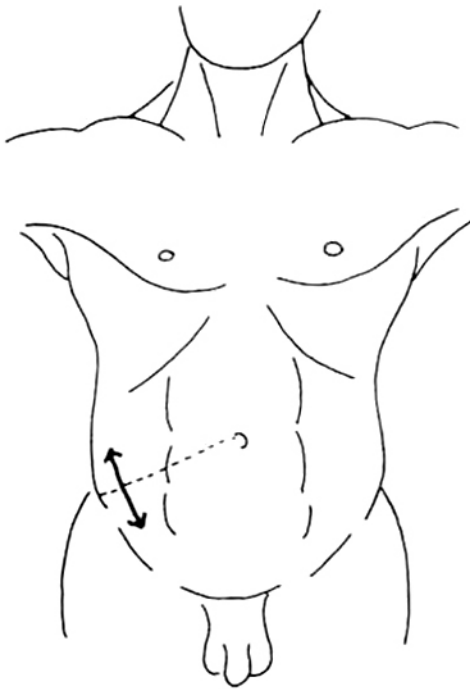
Incision - Mise à plat  
Drainage



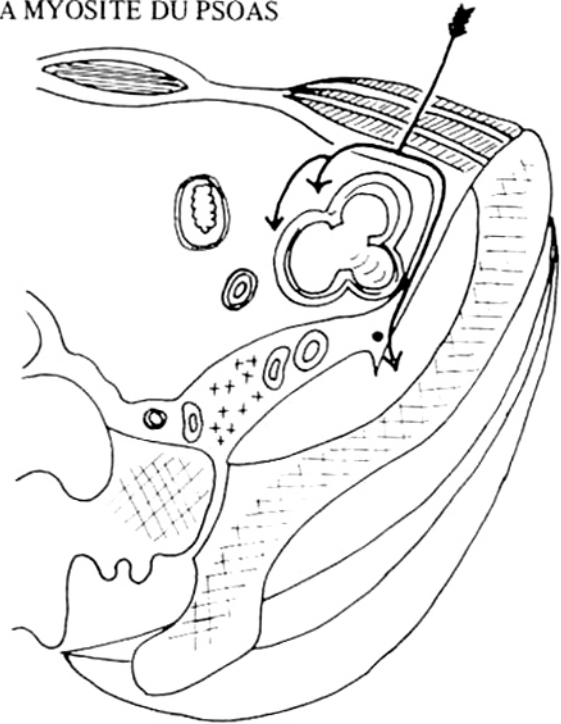
Appareil plâtré :

- antiphlogistique
- évite rétraction et posi-  
tions vicieuses

## CAS PARTICULIER DE LA MYOSITE DU PSOAS



Tracé de l'incision cutanée à cheval sur la ligne om-  
bilic - épine iliaque antéro-supérieure au niveau du  
1/3 externe (type Roux)



A - cheminement premier vers le psoas en sous-péri-  
tonéal.

B - retour éventuel (si pas de myosite) vers la fosse  
iliaque droite par ouverture péritonéale.

- . le repos
- . l'immobilisation en position de fonction
- . les antibiotiques qui : évitent la diffusion  
localisent l'infection - et, parfois au tout début, peuvent entraîner la rétrocession.

**Phase de collection :**

Le diagnostic est difficile. La fluctuation n'est pas évidente car la collection est profonde.

**Y penser devant :**

- . des signes généraux infectieux majeurs
- . des signes locaux évocateurs :
  - peau œdématisée tendue mais mobile sur le plan aponévrotique,
  - empâtement musculaire profond diffus qui est mobile sur le plan profond si l'on arrive à faire céder la contracture musculaire réflexe.

**Confirmer la collection par la ponction :** avec une aiguille à ponction-lombaire de 12/10<sup>0</sup> qui permet, par aspiration, de ramener du pus.

**Le traitement est chirurgical :**

**1<sup>o</sup>) Cas habituels (membres) :** le plus souvent anesthésie générale

- . incision large respectant les trajets vasculo-nerveux
- . recherche de la collection qui est profonde
- . évacuation - toilette au Dakin
- . drainage avec 4 impératifs :
  - lame souple de type DELBET
  - placée au fond de la cavité ressortant par le point le plus déclive,
  - ne jamais fermer la plaie
  - retrait progressif des drains.

La cicatrisation est obtenue en 10 à 12 jours.

. Exécution d'appareillages plâtrés en gouttière ou bivalve réalisés en position de fonction et permettant pansements et surveillance ; outre le rôle antiphlogistique et cicatrisant, l'immobilisation plâtrée évite les rétractions et positions vicieuses.

**2<sup>o</sup>) Localisation au muscle psoas droit**

- . tableau clinique pouvant faire évoquer un syndrome appendiculaire,
- . incision de type Roux à cheval sur la ligne ombilic - épine iliaque antérieure et supérieure
- . cheminement rétro-péritonéal avec refoulement de la séreuse par sa face externe jusqu'au psoas.
- . cette incision permet en cas d'erreur de diagnostic, le psoas ne présentant pas la collection attendue, de contrôler par ouverture du sac péritonéal le contenu de la F.I.D. qui, en cas d'abcès intra-péritonéal laisse apparaître un pus nauséabond.

## INFECTIONS DE LA MAIN ET DES DOIGTS

Distinguer  $\left\{ \begin{array}{l} - \text{les panaris} \\ - \text{les phlegmons} \\ \text{de la main} \end{array} \right\}$  qui ont en commun la nécessité d'un geste chirurgical au stade de collections

### BASES THÉRAPEUTIQUES COMMUNES

D'une façon générale, le traitement comprend :

Pansements humides ou bains avec solution antiseptique = appoint favorisant la maturation

Antibiothérapie :

– intéressante  $\left\{ \begin{array}{l} \text{dans les formes profondes} \\ \text{à la phase initiale phlegmasique} \\ \text{ou quand existe un danger de diffusion} \end{array} \right.$

– dès que la suppuration apparaît, il faut drainer la collection et ne reprendre les antibiotiques que si les signes infectieux persistent malgré un drainage correct.

Drainage chirurgical après incision :

– son heure est celui de la collection  
– son lieu : là où il y a le plus de pus en étant à la fois « large et économe ».

Immobilisation post-opératoire sur attelle bien matelassée permettant :

. la surveillance des pansements  
. la diminution des phénomènes inflammatoires et des diffusions septiques  
. d'éviter les positions vicieuses (rétraction)

### PANARIS

Panaris : infection des éléments constitutifs des doigts que l'on différencie en : Panaris superficiel, panaris sous cutané, panaris profond.

#### PANARIS SUPERFICIEL

**Panaris phlycténoïde** : phlyctène purulente de localisation pulpaire. Danger = abcès en bouton de chemise.

– anesthésie locale (à distance, en bague) au chlorure d'éthyle  
– incision de la collection  
– exérèse de la collerette cutanée nécrosée aux ciseaux  
– pansement à plat avec bain de solution de Dakin pendant quelques jours.  
– si abcès en bouton de chemise : curetage du pertuis nécessaire.

**Panaris péri-unguéal** : Danger = atteinte de la phalangette.

– incision, mise à plat, toilette au Dakin, pansement à plat avec tulle antibiotique.

**Panaris sous-unguéal** : Danger = décollement de l'ongle et atteinte de la phalangette.

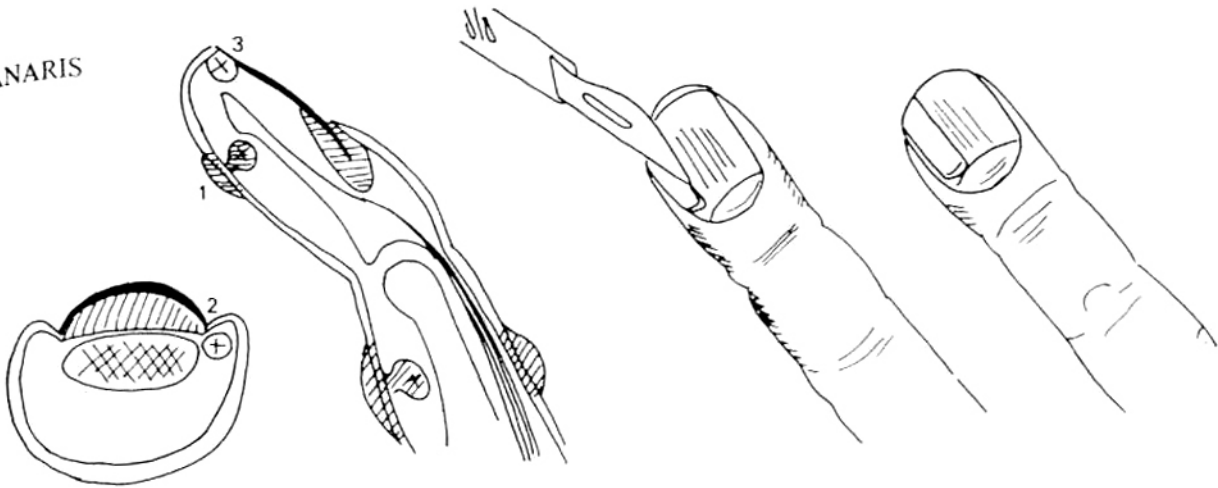
– drainage par résection partielle de l'ongle (partie latérale ou base). Garder la plus grande partie de l'ongle qui protège la face dorsale de P<sub>3</sub> et la phalangette sous-jacente.  
– pansement à plat avec tulle antibiotique. Quand évolution favorable, pansement avec baume du Pérou ou équivalent.

**Panaris superficiel dorsal ou anthracoïde** : Danger = atteinte du tendon extenseur.



## INFECTIONS DE LA MAIN ET DES DOIGTS

### PANARIS



**Panaris superficiels :** 1. panaris phlycténoïde - danger : abcès en bouton de chemise. 2. panaris péri-unguéal - 3. panaris sous-unguéal - 4. panaris anthracoidé.

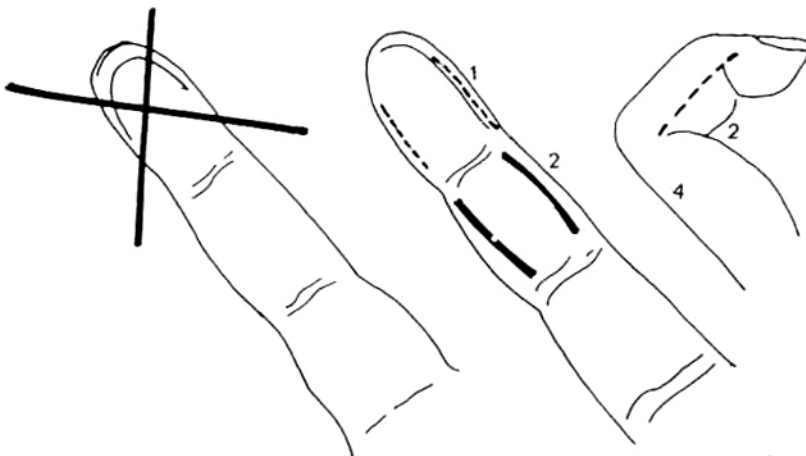
Incision et mise à plat d'un panaris péri-unguéal avec résection partielle de l'ongle.



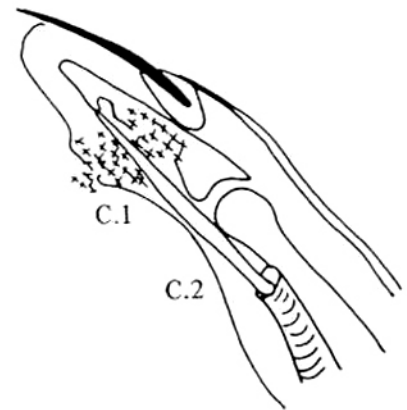
**Incision et mise à plat d'un panaris sous-unguéal :** Incision latérale para-unguéale et résection de la base de l'ongle avec conservation de la partie distale (protection de la phalangette).



**Panaris dorsal superficiel**



**Panaris sous-cutané :** 1. incision des localisations pulpaire. - 2. incision des localisations phalangiennes avec B'2 repérage du tracé de l'incision (sommet des commissures).



**Panaris profond**  
C.1 panaris ostéitique  
C.2 ténosynovite digitale

- résection sous jet de chlorure d'éthyle du point de folliculite avec la pointe du bistouri fin.
- pansement à plat.

#### PANARIS SOUS CUTANÉ

au niveau de la pulpe : une ou deux incisions de décharge latéralisées. Éviter les incisions dites en « gueule de requin » dont la cicatrisation est plus longue (granulome inflammatoire).

au niveau des phalanges du P<sub>1</sub> ou P<sub>2</sub>, 2 incisions latéralisées et légèrement dorsales menées entre 2 points repères (sommet de la commissure sur le doigt fléchi) permettant d'éviter le paquet vasculo-nerveux collatéral.

- drainage par fine lame de caoutchouc ondulé.

#### PANARIS PROFOND

PANARIS OSTEITIQUE en général secondaire à une infection locale propagée.

- y penser : – devant une fistule qui ne se tarie pas
  - devant le contact osseux obtenu au cours d'une incision de drainage.
- réaliser une radiographie qui permettra de différencier :
  - . le stade de décalcification (entre le 1er et 15e jour),
  - . le stade d'élimination des séquestres (15e - 21e jour)
  - . le stade de reconstruction (3e à 6e semaines)
- sur le plan thérapeutique, être avare de chirurgie radicale (amputation, résection) mais drainer les parties molles de façon correcte et surveiller l'os par des clichés radio renouvelés tous les 10 jours.
  - curetage et séquestrectomie n'étant indiqués que :
    - . si la suppuration se poursuit
    - . si à la radio, les images de nécrose persistent.

TÉNOSYNOVITE DIGITALE : atteinte de la gaine synoviale.

- la conformation anatomique habituelle des gaines explique le siège de l'affection sur les 3 doigts moyens.
  - danger = tendon fléchisseur (nécrose infectieuse, adhérence)
  - la collection maximale de pus siège au cul-de-sac supérieur de la gaine = point d'élection de l'incision de drainage.
  - l'atteinte de la gaine digitale est identifiable par :
    - . douleur traçante le long du doigt atteint, maximale à sa base,
    - . l'attitude en crochet (qui disparaît lorsque la gaine se rompt).
- incision au nombre de 2, de siège palmaire à la racine du doigt, – ouverture du cul-de-sac de part et d'autre, – toilette de la gaine.
  - drainage par lame ondulée (pouvant être transfixiant par courte incision dorsale)

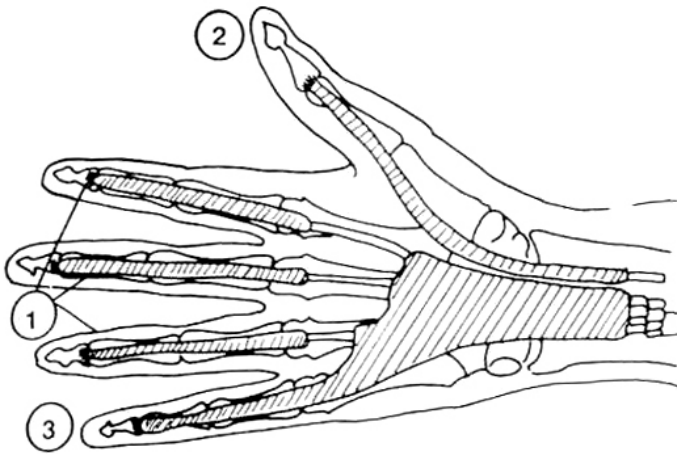
#### PHLEGMONS DE LA MAIN

Infection des tissus cellulaires de la paume de la main ou des gaines digito-carpiennes { radiale  
cubitale

PHLEGMON DES ESPACES CELLULAIRES :

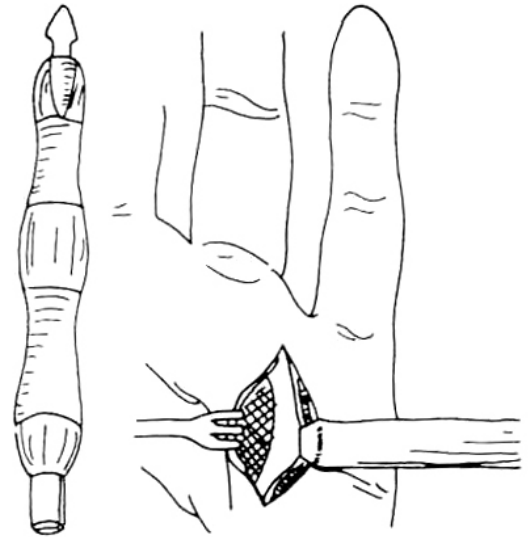
**Phlegmons dorsaux - rares :**

- . incision simple sur la collection
- . drainage par lame



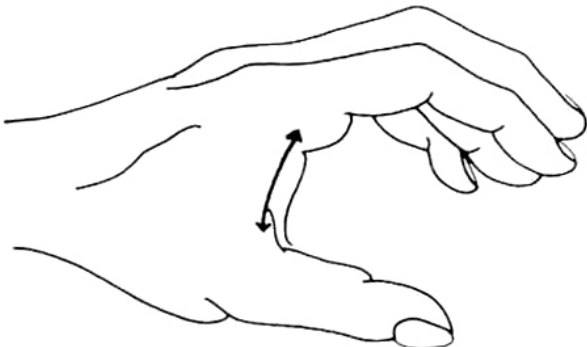
Dispositions habituelles des gaines synoviales des fléchisseurs.

1. gaine digitale des IIe, IIIe, IVe doigts
2. gaine digito-carpienne radiale
3. gaine digito-carpienne cubitale.

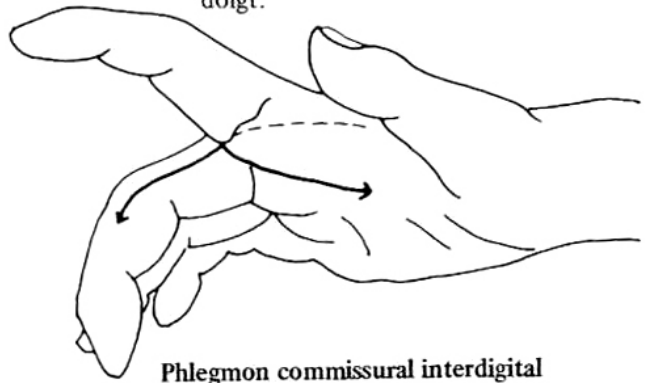


Ténosynovite digitale

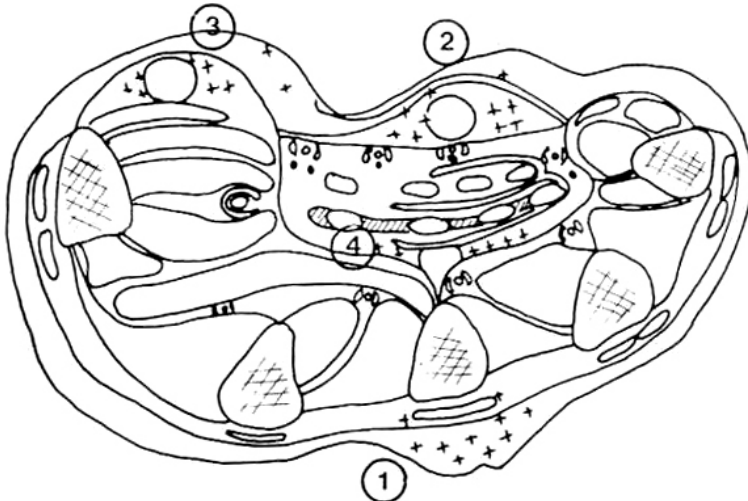
- Schéma du « thermomètre » (Iselin) expliquant l'accumulation maximale du pus dans le cul-de-sac supérieur.
- Incision de découverte du cul-de-sac supérieur de la gaine digitale du IVe doigt.



Phlegmon commissural du 1er espace

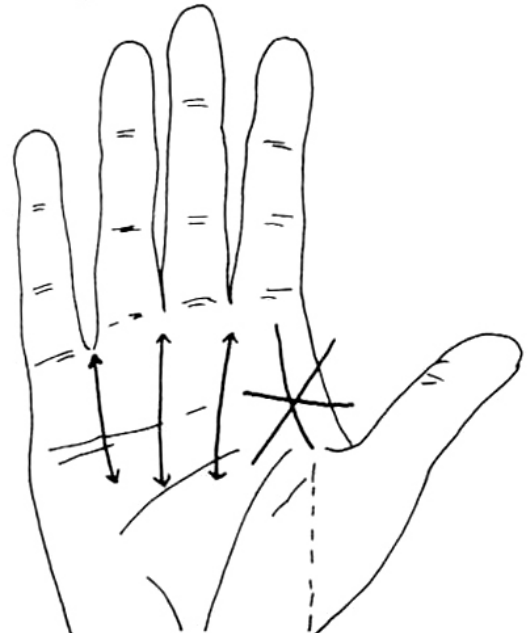


Phlegmon commissural interdigital



Anatomo-pathologie des phlegmons des espaces cellulux

1. phlegmon dorsal
2. thénarien - DOLBEAU
3. palmaire médian superficiel
4. palmaire médian profond



Incisions de drainage pour phlegmon palmaire médian.

**Phlegmon thénarien dit de DOLBEAU** : collection siégeant devant le court abducteur du pouce.

- . incision commissurale un peu en arrière du pli d'abduction
- . introduction d'une pince de Kocher fermée → vidange
- . toilette au Dakin
- . drainage par lame, pansement humide à plat.

**Phlegmon celluleux palmaire médian** :

- localisation : toujours strictement médiane grâce à l'existence de cloisons latérales,
- deux variétés :

- . superficiels (secondaire à piqûre ou durillon forcé) = collection sous aponévrotique,
- . profonds : siégeant sous les éléments tendineux.

– incision palmaire débutant 3 à 4 cms au-dessus de la commissure interdigitale, se terminant au-dessous de la ligne d'abduction proximale du pouce (au-dessus danger des arcades palmaires).

**Phlegmon commissural** : Localisé aux loges interdigitales (secondaire à un durillon forcé ou à une cellulite de P<sub>1</sub>)

- reconnaissable au bombement de l'espace correspondant → doigts écartés.
- incision en fer à cheval sur la commissure avec prolongement sur la face externe de P<sub>1</sub> quand association à une cellulite de P<sub>1</sub>.

**TÉNOSYNOVITES DES GAINES DIGITO-PALMAIRES** :

Les incisions sont nombreuses et variées et ne peuvent être toujours décrites. Retenir les plus usuelles qui ont comme base le siège proximal de la collection qui se situe à l'avant-bras.

**Ténosynovite simple** avec localisation à la gaine seule (attitude caractéristique du doigt en crochet)

- incision antibrachiale :

- . radiale : débutant juste au-dessus du pli de flexion du poignet passant entre le plan osseux en arrière, le long supinateur en dehors, les éléments vasculo-nerveux en dedans.
- . cubitale : débutant juste au-dessus du pisiforme, passant en dedans du tendon cubital antérieur.

Dans les 2 cas, découverte de la gaine, incision, vidange, toilette, drainage, pansement à plat, attelle en position de fonction.

**Ténosynovite diffusée** par rupture de la gaine et diffusion aux espaces celluloux (disparition du crochet) et apparition de tuméfactions inflammatoires sur la face palmaire du poignet et/ou des commissures.

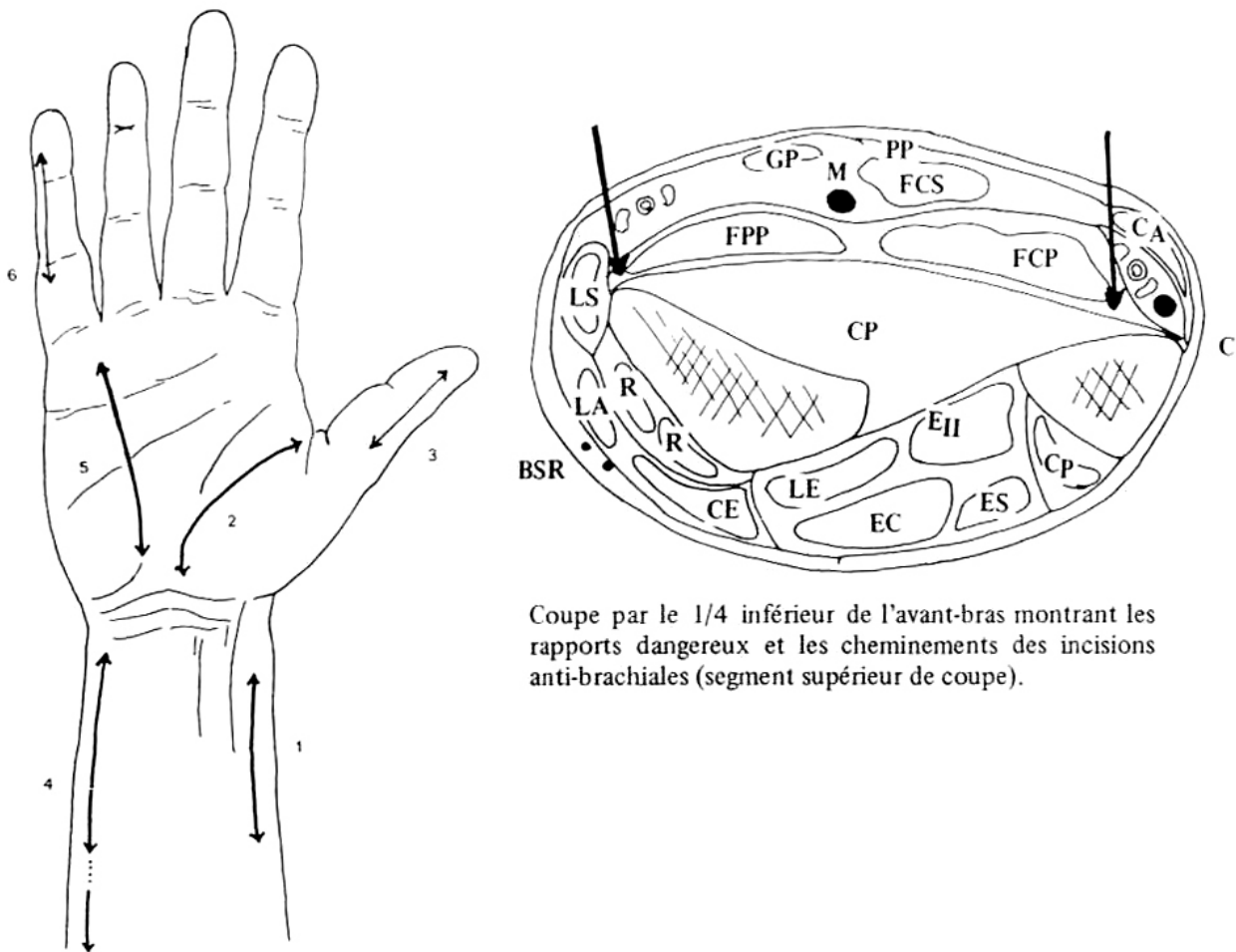
- nécessité d'un drainage complet de tout le trajet de la gaine par incisions étagées multiples associant :

- . du côté radial :
- l'incision antibrachiale à :

- . une incision au bord externe du pouce avec ouverture de la gaine par la face postérieure,
- . et une incision thénarienne (danger = branche thénarienne du médian).

- . du côté cubital :
- l'incision antibrachiale est associée :

- . à une incision palmaire dans le IV<sup>o</sup> espace (la ligature de l'arcade palmaire superficielle est nécessaire)
- . et une incision digitale au bord externe du V<sup>o</sup> doigt.

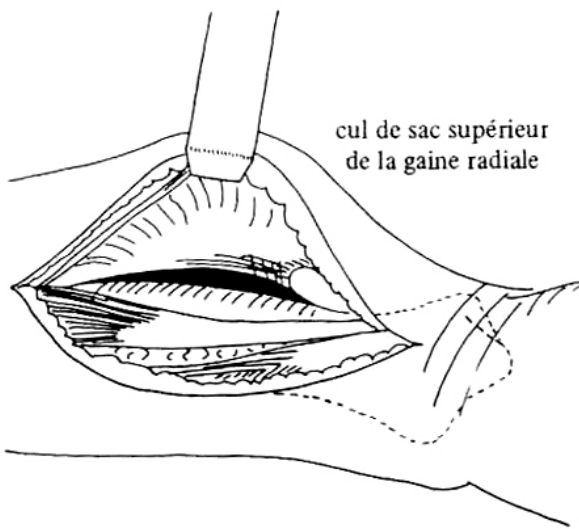


Coupe par le 1/4 inférieur de l'avant-bras montrant les rapports dangereux et les cheminements des incisions anti-brachiales (segment supérieur de coupe).

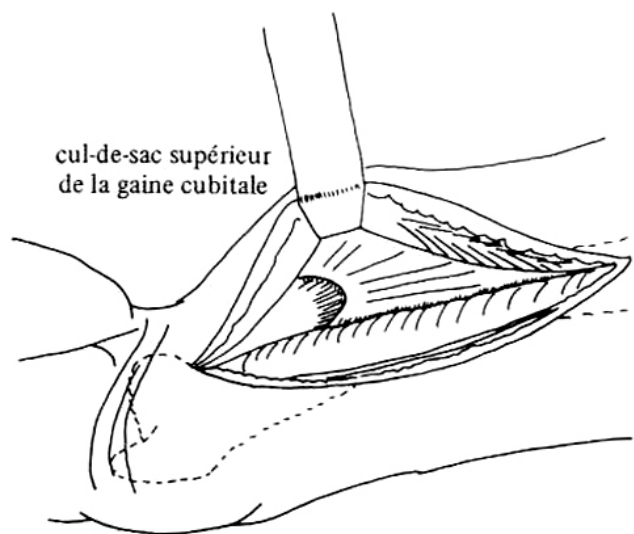
**Incisions pour ténosynovite des gaines digito-palmaires**

- 1. incision anti-brachiale (ténosynovite simple)
  - 2. incision thénarienne
  - 3. incision digitale
- } ténosynovite diffusée

- 4. incision anti-brachiale de la gaine cubitale (ténosynovite simple)
  - 5. incision thénarienne
  - 6. incision digitale
- } ténosynovite diffusée



**Incision anti-brachiale de la gaine radiale**



**Incision anti-brachiale de la gaine cubitale**

## CURE CHIRURGICALE DE L'ONGLE INCARNÉ

« Pathologie de la chaussure » : cette affection est d'observation rare sous les tropiques.

PHASE SEPTIQUE : infection aiguë ou chronique avec granulome inflammatoire.

### 1 – Technique usuelle : (WALLET)

– anesthésie locale à l'aiguille fine (xylocaïne 1 % - aiguille intra-dermique) débutant à la partie proximale et dorsale du gros orteil là où la peau est facilement décollable. Ne pas oublier l'anesthésie des nerfs collatéraux plantaires.

- curetage
- section oblique de l'ongle jusqu'à la matrice sans empiéter sur celle-ci.
- pansement à plat.

2 – **Technique d'exception** : à n'employer que face à une infection chronique majeure avec granulome important et bilatéral.

- anesthésie (idem)
- résection des tissus inflammatoires (bistouri à plat ou curette)
- exérèse complète de l'ongle et de sa matrice (nécessité de deux incisions banales prolongeant le sillon latéral) la matrice doit être réséquée en totalité sinon la repousse est anarchique, faite de spicules douloureux gênants et qui, eux-mêmes, peuvent s'incarner.
- pansement à plat après suture du lambeau proximal.

PHASE ASEPTIQUE :

**Peu conseillée** : La technique de DUBOIS : (résection de parties molles en quartier d'orange horizontal)

C'est une excellente technique mais ses impératifs sont souvent inapplicables outre-mer :

- aseptie rigoureuse
  - malade docile pouvant être revu et surveillé
  - chirurgien confirmé car il s'agit d'un geste de chirurgie plastique qui consiste à éloigner les parties molles latérales de l'ongle lui-même par la résection en quartier d'orange des parties molles pulpaire, allant en profondeur jusqu'au voisinage de la phalangette. Après hémostase, la suture écarte les berges du lit unguéal.
- } difficile à obtenir en milieu tropical.

Si les impératifs de la technique ne sont pas observés, des complications majeures peuvent survenir :

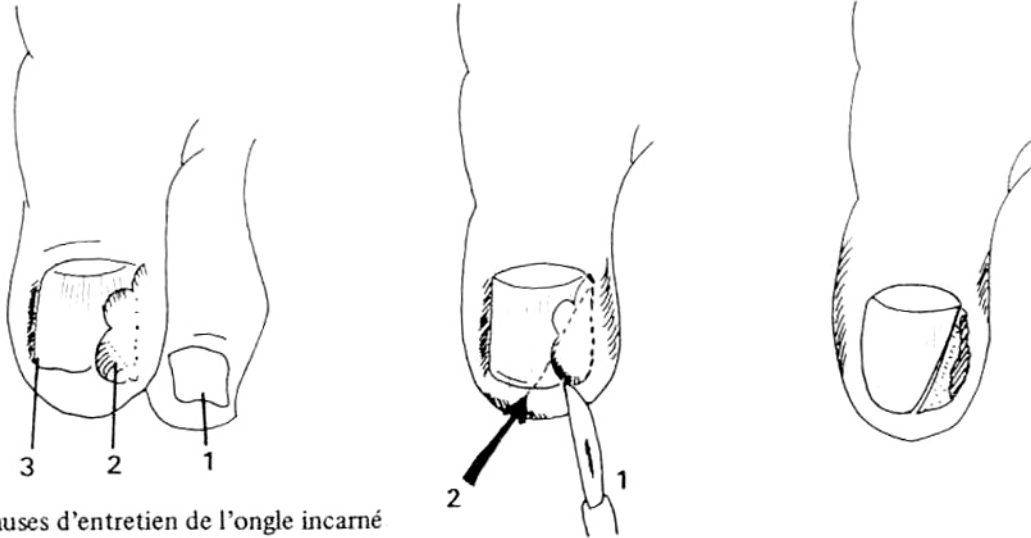
- récurrence par résection insuffisante
- nécrose des bords de la plaie par suture sous tension due à une résection trop large,
- désunion
- sepsis superficiel ou profond avec danger pour la phalangette.

**Technique conseillée (LELIEVRE)**

- anesthésie locale
- décollement du segment latéral de l'ongle de son lit (1/4 environ)
- résection du segment d'avant en arrière au bistouri à froid ou aux ciseaux, fins et pointus.
- destruction soignée de la matrice du fragment d'ongle réséqué en utilisant une curette tranchante glissée sous les téguments qui bordent en arrière l'ongle.
- drainage par une mèche iodoformée placée pour 3 à 4 jours dans le décollement postérieur et latéral.
- lorsque cela est possible, la repousse de l'ongle doit être guidée pendant 4 mois (utiliser du gutta percha dentaire placé dans le sillon latéral).

## ONGLE INCARNÉ

### TECHNIQUE USUELLE EN PÉRIODE D'INFECTION

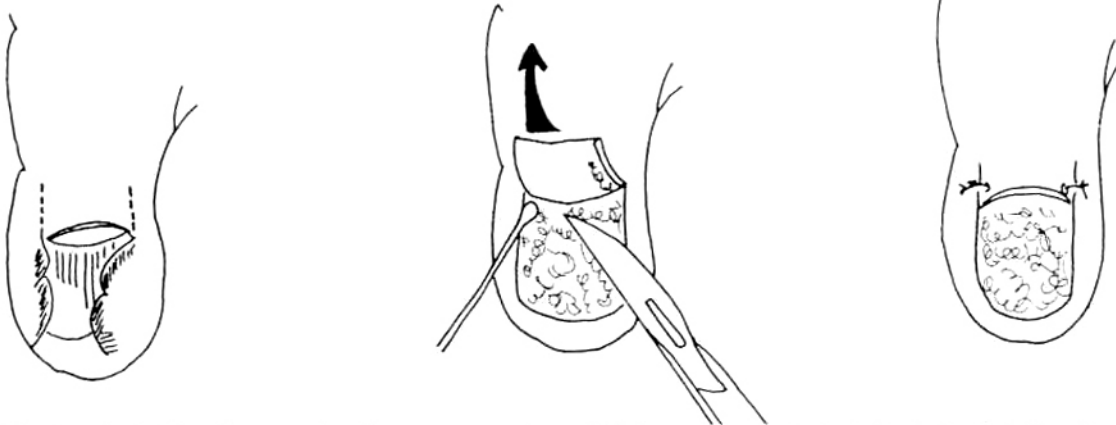


Les causes d'entretien de l'ongle incarné

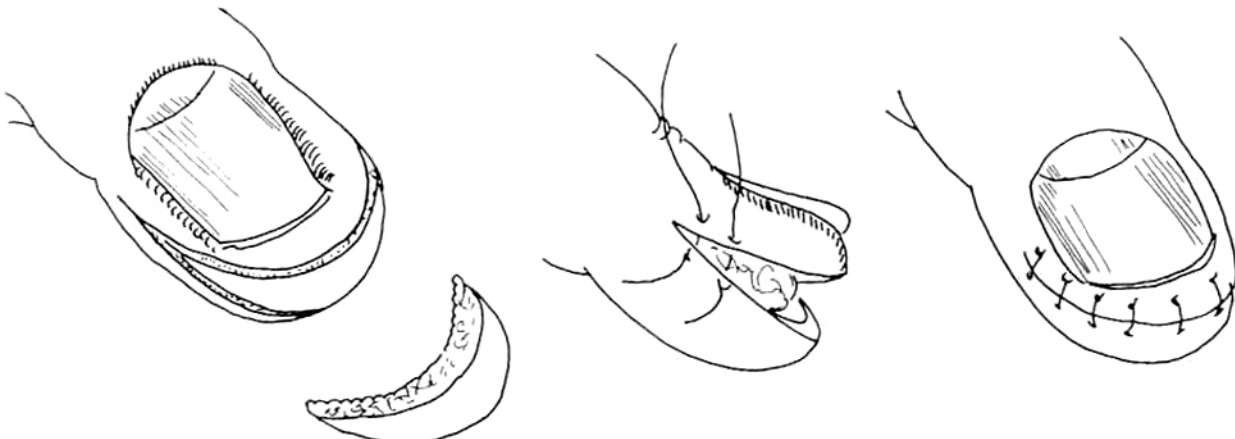
- 1 - flexum du IIe orteil
- 2 - bourgeon charnu inflammatoire
- 3 - harpon kératosique unguéal

- 1 résection du bourgeon charnu et curetage des fongosités.
- 2 résection oblique de l'ongle pansement à plat.

### TECHNIQUE D'EXCEPTION (granulome bilatéral)

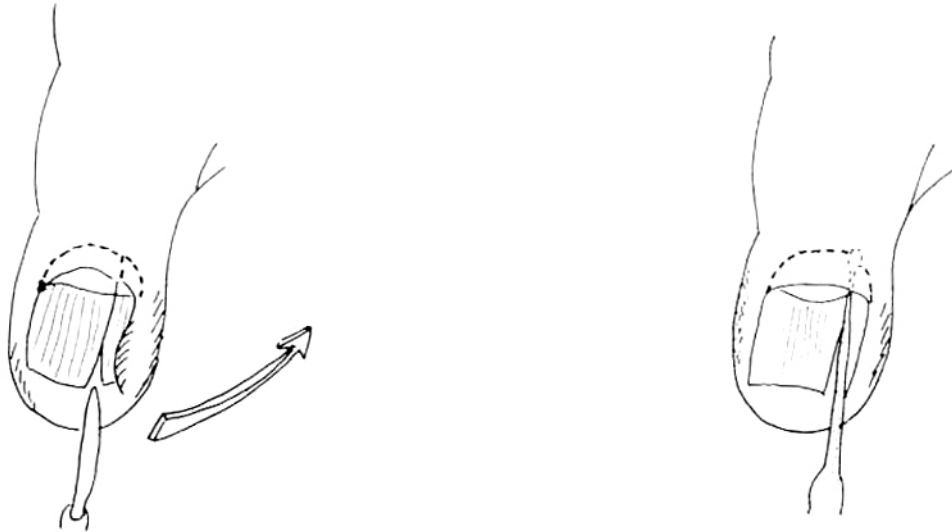


– résection totale de l'ongle avec abrasion et curetage total de la matrice après incision latéralisée banale. Suture du lambeau – pansement à plat.



– résection pulpaire en quartier d'orange (aspect en gueule de requin) avec suture immédiate éloignant les berges latérales du lit de l'ongle.

TECHNIQUE USUELLE EN DEHORS DES PHÉNOMENES INFECTIEUX (LELIEVRE)



Résection partielle de l'ongle et curetage de la matrice (1/4 de la surface en général)