

# **INFECTION DES PARTIES MOLLES**

# INFECTIONS DES PARTIES MOLLES

---

- ✘ pénétration et pullulation de germes pathogènes
- ✘ locale, régionale, générale



<u>ANATOMY</u>		<u>SYNDROME</u>
Epidermis	Skin	Erysipelas Impetigo Folliculitis Ecthyma Furunculosis Carbunculosi
Dermis		
Superficial fascia	Subcutaneous tissue	----- Cellulitis -----
Subcutaneous fat, nerves, arteries, veins		Necrotizing fasciitis
Deep fascia		-----
Muscle		Myonecrosis (clostridial and non-clostridial)

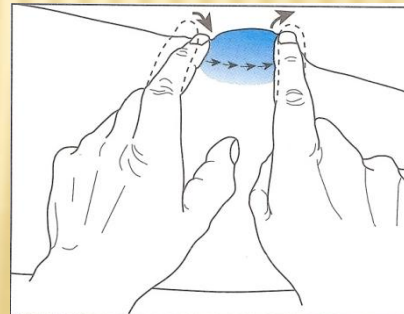
FIGURE 1. Anatomic and clinical classification of soft-tissue infections.

# INFECTIONS DES PARTIES MOLLES

- ✘ abcès chaud: collection purulente limitée succédant à une inflammation aiguë, développée dans une cavité néoformée
- ✘ abcès froid: collection lente, sans signes inflammatoires, tuberculose le plus souvent
- ✘ lymphangite: inflammation aiguë des vaisseaux lymphatiques
- ✘ cellulites, fasciites, gangrènes gazeuses

# ABCÈS CHAUD

- × tuméfaction, voussure
- × **rougeur** s'effaçant à la pression
- × **chaleur**
- × **douleur** spontanée et au palper
- × fluctuation



# ABCES CHAUD

---



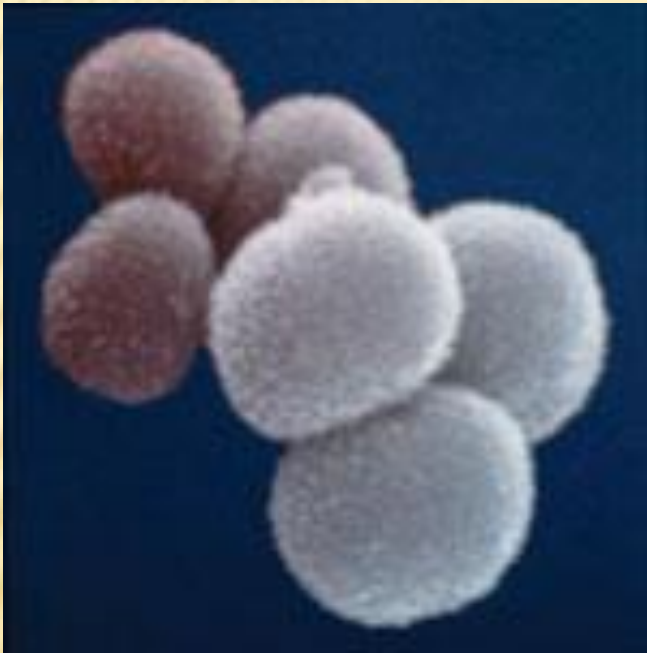
# ABCÈS CHAUD

---

- ✗ lymphangite
- ✗ adénopathies régionales, péri adénite, adénophlegmon
- ✗ retentissement général
- ✗ étiologie:
  - + piqûre septique
  - + inoculation à distance
  - + extériorisation d'une suppuration profonde

# BACTÉRIOLOGIE

---



Staphylocoques. Ces bactéries, isolées par Louis Pasteur en 1829, sont les agents de nombreuses infections (furuncles, panaris, septicémies...).

Streptocoques

Escherichia coli

# MALADIE DE VERNEUIL

---

- ✘ Décrite en 1854 par Verneuil, la maladie qui porte son nom est une affection chronique, suppurative, avec fistulisations des follicules pilo-sébacés des régions cutanées où sont présentes des glandes apocrines : creux axillaires, plis inguinaux, région périnéo-fessière, aréoles, plis sous mammaires, nuque et espaces rétro auriculaires.
- ✘ Ces localisations peuvent être uni- ou bilatérales, touchant un seul ou plusieurs territoires.

# MALADIE DE VERNEUIL



- ✘ La lésion initiale de la maladie de Verneuil serait une infundibulo-folliculite avec atteinte secondaire des glandes apocrines par phénomène occlusif.

# MALADIE DE VERNEUIL

- ✗ débute, chez l'adolescent et l'adulte jeune, plus fréquemment chez la femme, par des nodules sous-cutanés, mobiles et indolores, isolés les uns des autres.



# MALADIE DE VERNEUIL

---

- ✘ Certaines formes restent modérées, compatibles avec une vie tout à fait normale.
- ✘ Plus souvent, l'évolution est émaillée de poussées inflammatoires douloureuses, sans signes généraux, ni adénopathies, régressant en 10 à 15 jours avec une possible fistulisation à la peau.
- ✘ D'authentiques complications infectieuses, lymphangite ou érysipèle, peuvent survenir, de même que dans les localisations périnéo-fessières, de rares fistules à l'urètre ou au rectum.
- ✘ Puis les nodules se groupent en placards infiltrés, dont la surface est parsemée d'orifices purulents communiquant entre eux par des trajets profonds.
- ✘ Les périodes de rémission alternent avec les poussées. La maladie aboutit, dans les formes graves, à la constitution d'une gangue fibreuse avec brides rétractiles.

# MALADIE DE VERNEUIL



# MALADIE DE VERNEUIL



# MALADIE DE VERNEUIL

---

✗ classification de Hurley.

**Stade I : Abscès unique ou multiples sans fistules ni processus cicatriciel fibreux**

**Stade II : Abscès récidivants avec fistules et cicatrices – unique ou multiples – lésions non coalescentes**

**Stade III : Atteinte diffuse avec multiples abcès interconnectés et trajets fistuleux.**

# FOLLICULITES

## × Superficielles:

- + *Staphylococcus épidermidis*.
- + Pustule centrée par un poil.

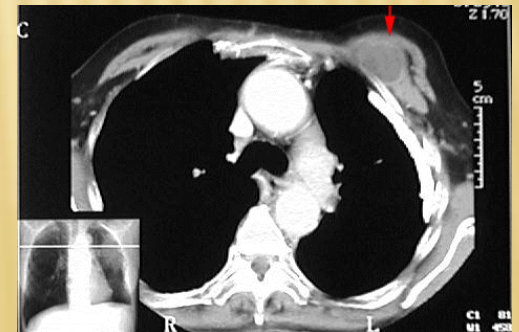
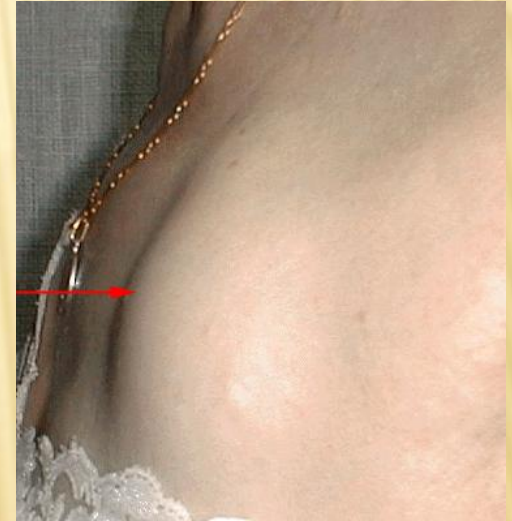
## × Profondes:

- + Atteinte de la glande sébacée.
- + Nodules rouges douloureux centrés par un poil.



# ABCÈS FROID

- ✗ tuméfaction fluctuante
- ✗ absence de signes cardinaux
- ✗ pas de retentissement général
  
- ✗ nécrose caséuse
- ✗ adénopathie « ramollie »
- ✗ abcès ossifluent
- ✗ abcès arthifluent



# ABCÉS FROID

---

- ✗ diagnostic
- ✗ repose sur l'isolement du germe pathogène
  - + bacille de Koch
  - + infection mérito-coccique
  - + mycose



Actinomyces israeli ou bovis

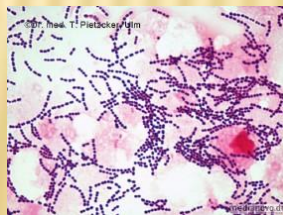
# LYMPHANGITE

- ✘ réticulaire: fin lacs rouge autour d'une plaie infectée ou d'un abcès. ADP constante
- ✘ tronculaire



# FASCIITE NÉCROSANTE

- ✗ urgence médico-chirurgicale, caractérisée par une extension fulminante de l'infection dans le tissu sous-cutané, atteignant le fascia superficialis.
- ✗ La pauvreté des signes cutanés au début de l'infection rend le diagnostic difficile pour le praticien.
- ✗ La douleur disproportionnée aux lésions observées, la fièvre et les signes de toxicité systémique sont les clés de l'identification de la fasciite nécrosante...



# FASCIITE NÉCROSANTE

- ✘ Infections rares pouvant survenir à n'importe quel âge.
- ✘ Mortalité élevée (30%).
- ✘ Provoque:
  - + Nécrose de l'hypoderme.
  - + Thrombose vasculaire.
  - + Nécrose de l'aponévrose superficielle.
  - + Secondairement une nécrose du derme.
- ✘ *Extension & rapidité.*



# FASCIITE NÉCROSANTE

---

## × FDR généraux:

- × Age > 50 ans.
- × Diabète (prévalence de 25 à 30%).
- × Alcoolisme (15 à 20% des cas).
- × Artérite (36% des cas).
- × Cancer ou hémopathie.
- × IMND (HIV-Greffe d'organe).
- × Contact familial?
- × AINS?

# FASCIITE NÉCROSANTE

---

- × Suspicion du rôle néfaste des AINS dans la survenue d'une FN, et ou dans l'aggravation.
- × *Zerr, Pediatrics, 1999; 103:783-790.*
  - × Comparaison de 19 cas de FN vs 29 cas d'infections cutanées bénignes, compliquant une varicelle:
  - × L'utilisation d'**ibuprofène** augmente le risque de:
    - × FN, RR=11.
    - × Choc streptococcique, RR=16.

# FASCIITE NÉCROSANTE CLINIQUE

- × Les lésions peuvent être discrètes associées à des signes généraux.
- × Douleur intense et signes généraux.
- × La forme typique associe:
  - × Membre inflammatoire oedématié.
  - × Bulles hémorragiques.
  - × Placards nécrotiques.
  - × Lésions extensives.
- × Ne pas oublier:
  - × L'hypoesthésie cutanée.
  - × La crépitation.
  - × Le déficit musculaire.
  - × L'odeur putride.

# FASCIITE NÉCROSANTE



## × Méfiance:

- × Discrétion des signes locaux.
  - × Dissociation entre lésions profondes et superficielles.
  - × Importance des signes généraux.
- 
- × Toute grosse jambe chaude rouge associée à des signes généraux (état de choc) doit être considérée comme une  
**FASCIITE NECROSANTE.**

# FASCIITE NÉCROSANTE

---

- ✘ L'étiologie pluri microbienne est fréquente (40-90% des cas).
  - + Les germes les plus fréquemment isolés sont:
    - ✘ *Streptococcus pyogenes*.
    - ✘ Anaérobies.
    - ✘ Entérobactéries.
    - ✘ Entérocoques.
    - ✘ *Staphylococcus aureus*.

# FASCIITE NÉCROSANTE



# FASCIITE NÉCROSANTE



# FASCIITE NÉCROSANTE

---

- × Fasciites nécrosantes à streptocoques bêta-hémolytiques.
  - × Suite à un traumatisme.
  - × Bactérie isolée dans 3/4 des cas.
- × Fasciites et gangrènes gazeuses clostridiennes.
  - × Traumatisme non pénétrant.
  - × D'origine hématogène possible.
  - × Présence de gaz en abondance.
- × Fasciites mixtes ou gangrènes synergistiques.
  - × Infection locale.
  - × Terrain débilité.
  - × Flore mixte.

# FASCIITE NÉCROSANTE

---

- ✘ Antibiothérapie

- + en particulier / streptocoques bêta-hémolytiques
- + Mais pas seulement en attendant le résultat des prélèvements

- ✘ Chirurgie

- ✘ Oxygénothérapie hyperbare

- ✘ immunothérapie

# FASCIITE NÉCROSANTE

---

## ✘ Mc henry

- ✘ 65 patients.
- ✘ Localisations au niveau du tronc (36 patients).
- ✘ Délai moyen=90 heures (pts DCD) vs 25 heures pour les survivants.

## ✘ Bilton

- ✘ Chirurgie retardée (21 pts) 38% décèderont.
- ✘ Chirurgie non retardée (47 pts) 4.2% de décès.

# GANGRÈNE GAZEUSE



- ✗ infection nécrosante d'évolution suraigüe
- ✗ *Clostridium perfringens A*
- ✗ lésion cutanée bleu violacé, douleur exquise et emphysème sous-cutané.
- ✗ extrême urgence

# érysipèle

---

## × Définition:

- + Dermo-hypodermite aiguë non nécrosante.
- + D'origine bactérienne.
- + Pouvant être récidivante.

## × Épidémiologie:

- + 190/100000 habitants.
- + Âge moyen 61.5 ans.
- + Ratio H/F:0.53-0.92.
- + Localisations aux membres inférieurs=90.9% des cas.



# érysipèle

---

## ✗ facteurs de risque

- + lymphoedème: 71,2%
- + porte d'entrée: 23,8%
- + œdème des membres inférieurs: 2,5%
- + insuffisance veineuse: 2,9%
- + surpoids: 2%

Intertrigo 14% des cas.

Ulcères de jambes 66% des cas.



# DIAGNOSTIC CLINIQUE

---

- × Signes généraux

- + ! 15% des patients sont apyrétiques.

- × Signes locaux:

- + Adénopathies 46% des cas.

- + Lymphangites 26% des cas.



# ÉVOLUTION

---

## × Générale:

- + Apyrécie à 72 heures dans 80% des cas.
- + Régression de l'œdème à 72 heures dans 20% des cas.
- + Régression de l'érythème à 7 jours dans 40% des cas.

## × Locale:

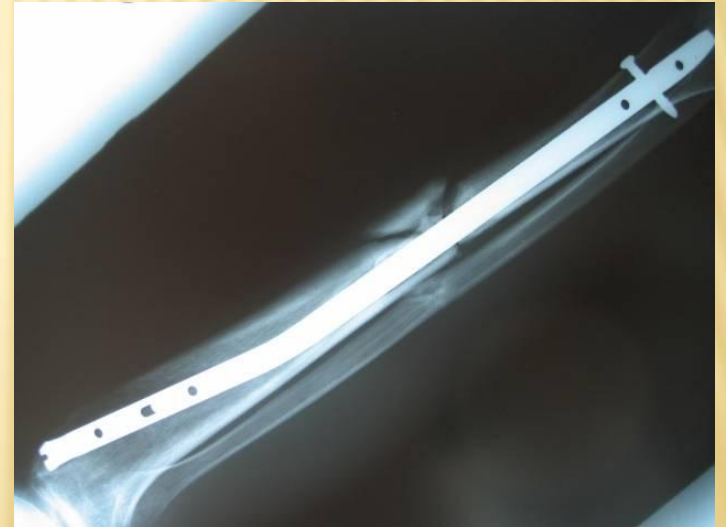
- + Abcédation dans 3-12% des cas.
- + Thrombose veineuse rare.

## × Autres:

- + Septicémies exceptionnelles.
- + Toxidermies 5% des cas.

# INFECTIONS CHRONIQUES

- ✘ une infection chronique, récidivante, doit faire suspecter une atteinte profonde



# infections de la main

---

- ✗ panaris
- ✗ phlegmons des espaces celluloux
- ✗ phlegmons des gaines digitales

# panaris

---

- ✘ pulpaire: perte de la fluctuation physiologique
- ✘ périunguéal: tourniole
- ✘ phlycténoïde
- ✘ anthracoïde



# tourniolle



# phlegmon des espaces cellulaires



# phlegmon des gaines digitales



# gaines séreuses digitales



# phlegmon des gaines digitales



