

Partie 2: Morsures, diagnostic, traitement

Infections de la main

Un diagnostic correct et un traitement adéquat rapidement mis en place sont décisifs pour une bonne évolution. L'échographie améliore le diagnostic de l'infection et devrait être utilisée plus souvent: Elle permet notamment montrer des collections de liquidiennes, des corps étrangers, des cristaux ou des épanchements articulaires. Les morsures sont fréquentes, mais ne se terminent généralement pas par une infection. La fasciite nécrosante est souvent mortelle – le diagnostic en urgence et le traitement chirurgical sont essentiels.

Léna Dietrich^{a,d,*}, Isabell Berner^{b,d,*}, Tatjana Pastor^a, Lena Fuest^a, Damian Sutter^a, Urs Genewein^b, Laetitia Guarino^c, Lisa Schmid Thurneysen^e, Sonja Nisslé^f, Charles Béguelin^{g,h}, Regula Capaulⁱ, Anne Meynard^k, Luca Seitz^l, Rainer Egli^m, Renato Frickerⁿ, Esther Vögelin^a, Philip Tarr^d

^a Universitätsklinik für Hand- und periphere Nerven Chirurgie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Universität Bern; ^b Chirurgische Klinik für Traumatologie und Handchirurgie, Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden; ^c Universitätsklinik für Plastische Chirurgie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Universität Bern; ^d Medizinische Universitätsklinik, Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; ^e Medizinische Klinik, Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden; ^f Notfallzentrum, Kantonsspital Baselland, Bruderholz; ^g Universitätsklinik für Infektiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Universität Bern; ^h Service de Médecine Interne et des Maladies Infectieuses, Centre hospitalier, Bienne; ⁱ FMH Allg. Innere Medizin, 8050 Zürich; ^k Médecine Générale FMH, Centre Médical de Lancy GE; ^l Universitätsklinik für Rheumatologie und Immunologie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Universität Bern; ^m Department of Diagnostic, Interventional and Pediatric Radiology, Inselspital, Universitätsspital Bern, Universität Bern; ⁿ Leonardo Ärzte für Orthopädie und Traumatologie, Handzentrum, Hirslanden Klinik Birshof, Münchenstein BL

*equal contribution

Les morsures – quel est leur danger?

La plupart des morsures ne se terminent pas par une infection [126, 127]. Néanmoins, une antibioprophyllaxie préemptive est souvent administrée, notamment en cas de morsure humaine ou de chat (tab. 4) [128].

Diagnostic

Doigts douloureux – qu'est-ce qui se cache derrière?

L'herpès, la paronychie et l'abcès peuvent avoir un aspect similaire. A la palpation, l'extrémité du doigt est souple en cas d'herpès et nettement tendue en cas d'abcès [6]. L'incision est thérapeutique en cas de paronychie et d'abcès, elle est contre-indiquée en cas d'herpès (cave: surinfection bactérienne!). En cas de doute, contrôler étroitement (12–24 h plus tard).

Poignet rouge et gonflé – arthrite septique?

Une arthrite septique est souvent suspectée, mais rarement confirmée (5% des cas suspects) [63]. L'absence de bactéries à la microscopie ou des cultures négatives à partir d'une ponction articulaire n'excluent pas une arthrite septique, mais la rendent improbable [159].

Une analyse de sang peut-elle aider?

Pas toujours. Si la CRP est >100 mg/l, une infection bactérienne ou une arthropathie cristalline (goutte, pseudo-goutte) est probable [160, 161]: La CRP augmente en cas d'infection, mais aussi en cas d'inflammation, de brûlure, de traumatisme, de tumeur [162]. Une CRP normale et une formule sanguine différentielle normale n'excluent pas une infection, p. ex., en cas d'infection encapsulée localement, d'immunosuppression; ou la situation n'est pas infectieuse (p. ex. ténosynovite) [2, 23, 163, 164]. En cas de phlegmon des gaines des tendons fléchisseurs, les valeurs inflammatoires peuvent être basses, mais la chirurgie de la main est nécessaire à un stade précoce et un seuil bas de suspicion. Attention: la CRP n'augmente qu'après 6 à 24 heures [165] et ne doit pas être utilisée comme seul moyen de diagnostic. Elle est plus pertinente comme paramètre d'évolution [162].

Et en postopératoire?

La CRP augmente souvent en postopératoire, même en l'absence d'infection (pic le 2^e ou 3^e jour postopératoire). Une CRP élevée ou remontant après 5 à 7 jours ou une fièvre suggèrent une infection. Ce qui est déterminant, c'est la douleur et les résultats dans la zone opérée – la CRP n'a qu'un rôle secondaire.

Série Infectiologie

Dans la pratique, les infections et les défenses immunitaires sont des thèmes centraux. Ils offrent d'excellentes opportunités de collaboration interdisciplinaire, de vérification de concepts courants et d'intégration de méthodes des médecines complémentaires. Philip Tarr est interniste et infectiologue à l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne, et il mène un programme national de recherche PNR 74 sur le scepticisme vis-à-vis des vaccins. Il attache beaucoup d'importance à une médecine centrée sur les patients ainsi qu'à des articles pertinents pour la pratique, que nous allons publier régulièrement dans cette série du *Primary and Hospital Care*.



À quoi sert une échographie?

L'échographie peut notamment montrer une collection de liquide, un corps étranger non-radio-opaque, des cristaux ou un épanchement articulaire [166, 167] et contribuer ainsi au diagnostic d'infection [168, 169]. En cas de suspicion de corps étranger, l'échographie est l'examen de choix (voir fig. 1) [170]. L'échographie a permis d'adapter le traitement dans >50% des abcès évalués par ce biais [169]. En cas de téno-synovite, on observe du liquide

dans la gaine tendineuse avec un épaississement synovial et une vascularisation accrue [171]. Le diagnostic par ultrasons de la main dépend beaucoup de l'examineur [170].

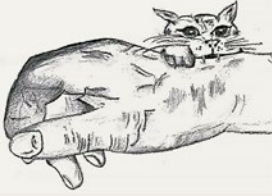
Quand mon patient aura-t-il de la fièvre?

La fièvre indique une infection, mais elle peut également survenir dans le cadre de maladies inflammatoires non infectieuses (par ex. CPPD). Important: une infection grave peut être présente même en l'absence de fièvre [2, 23].

Plaie infectée – quand dois-je faire un prélèvement de plaie ou une biopsie?

Nous déconseillons les prélèvements superficiels de la plaie: La culture montre souvent des germes cutanés colonisateurs non pertinents (par ex. Staph. epidermidis) [18, 172]. Les biopsies prélevées en peropératoire avec examen bactériologique et histologique sont à favoriser [148].

Tableau 4: Infection après morsure de chien, de chat ou d'homme.

	Morsure de chien	Morsure de chat	Morsure humaine
			
Cause, fréquence	• 50–80% de toutes les morsures [53, 129–131], dont environ 45–65% sont à la main ou au poignet [130, 131]. • >50% sont des enfants <12 ans [53, 132] • Taux d'infection bas (2–20%) [129, 130]	• <30% de toutes les morsures [130], dont env. 45–65% sont à la main et au poignet [130, 131] • Taux d'infection élevé (>50%) [20, 129, 133, 134]	• Environ 2–10% de toutes les morsures [130, 135] • Taux d'infection 20–25% [130]
Clinique	• Dents grandes et larges, blessures par déchirure → présentation médicale souvent <i>immédiate, sans infection</i> • L'agent pathogène ne se trouve pas en profondeur dans les tissus 	• Présentation médicale souvent <i>tardive, avec une infection</i> • Dents fines et longues, blessures insignifiantes, les plaies se referment • Agents pathogènes en profondeur dans les tissus 	• Présentation médicale souvent tardive (honte) • Fausses déclarations • Symptômes initiaux souvent faibles → Sous-estimation de la dangerosité 
Localisation à la main	• Environ 50% des infections après morsure de chien [136]	• Environ 63% des infections après morsure de chat [136]	• Suspicion de blessure par coup de poing contre la rangée de dents de l'adversaire [137, 138] • Typiquement au-dessus du majeur dominant MCP
Diagnostic	• Morsure humaine: position en flexion des doigts ou du poignet pendant la morsure, déplacement des structures blessées lors de l'extension • Radiographie: Corps étranger (morceau de dent), fracture; en cas de suspicion d'ostéomyélite, IRM supplémentaire • En l'absence de signes d'infection, un diagnostic microbiologique n'est pas recommandé [139]. • Envisager une exploration chirurgicale précoce en cas de lésions articulaires/tendineuses/osseuses possibles.		
Thérapie/Prévention	• Toujours rincer, seuil bas pour exploration (anesthésie locale): débridement, extraction de corps étrangers (dents) [140] • En cas de présentation retardée/d'infection avancée: en salle d'opération, diagnostic microbiologique (espèces Pasteurella: env. 50% en cas de morsure de chien, 75% en cas de morsure de chat) [141] • Immobilisation • Le suivi est important • Antibiothérapie: voir le texte • Rappel antitétanique: <i>lors de toute blessure ouverte, profonde, souillée, complexe et en cas d'absence de protection/de protection insuffisante. Rappel selon le plan de vaccination suisse tous les 20 ans (âge de 25 à 64 ans), ou tous les 10 ans (âge >65 ans). Immunoglobuline antitétanique uniquement en cas de plaies à haut risque PLUS moins de 3 (ou nombre inconnu) doses antérieures de vaccin antitétanique [212].</i> • En cas d'infection articulaire/tendineuse/osseuse: antibiothérapie prolongée, consultation [63, 142–144] • Morsure humaine en particulier: considérer une prophylaxie post-exposition pour le VIH (consultation), vaccination de rappel contre l'hépatite B • Chien errant spécial/propriétaire inconnu: envisager une prophylaxie post-exposition contre la rage		
Conséquences possibles	• Septicémie, téno-synovite, arthrite septique, raideur persistante [145], risque accru d'ostéomyélite [145, 146] • Infection de la morsure humaine: en cas de présentation tardive (>8 j), évolution défavorable, taux d'amputation de près de 20% [147]		

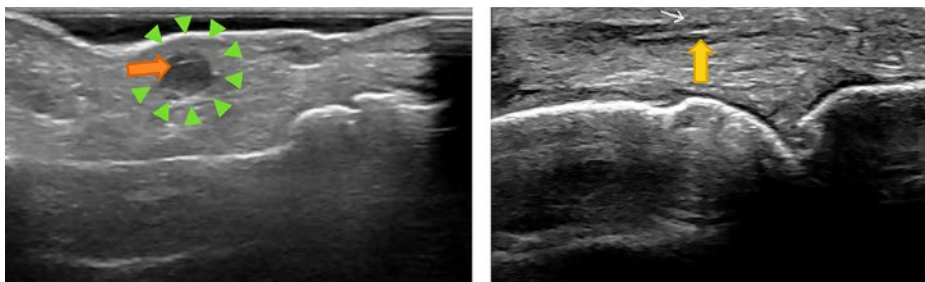


Figure 1: Corps étranger hyperéchogène (à gauche, éclats de bois, flèche orange; à droite, épine de rose, flèche jaune). L'espace hypoéchogène environnant à gauche (pointes vertes) correspond à un granulome de corps étranger.

Quand ai-je besoin d'une radiographie?

Pratiquement toujours: en particulier en cas d'abcès ou de situations complexes comme l'ostéomyélite, après une intervention osseuse comme une ostéosynthèse, une arthrodèse ou

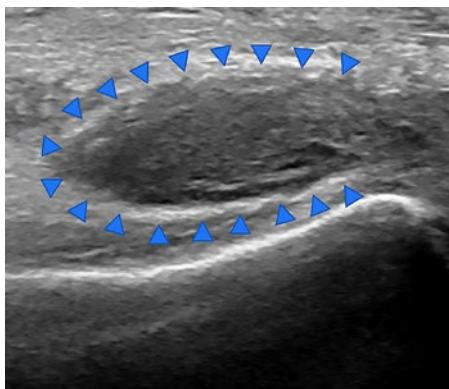


Figure 2: Représentation échographique d'un abcès palmaire dans le poignet sur le muscle pronator quadratus dans l'espace parona (pointes de flèches bleues) sous forme d'une lésion hypoéchogène inhomogène avec des échos internes.

une prothèse. Les radiographies peuvent montrer des corps étrangers potentiels (fig. 3), des fractures ou des luxations. L'ostéomyélite n'est toutefois détectable que relativement tard (2–3 semaines) [173]. Les signes typiques sont alors: ostéolyse, ostéopénie, ostéosclérose, réactions périostées [13, 34].

Quand faut-il faire une IRM?

L'IRM peut montrer une ostéomyélite plus tôt, alors que les radiographies sont encore normales [34, 58]. En outre, l'IRM est supérieure aux autres modalités en cas de modifications inflammatoires/réactives [174]. Mais: des diagnostics d'ostéomyélite faussement positifs peuvent parfois survenir (par ex. en raison d'un artefact de mouvement) [175], et l'IRM est difficilement interprétable pendant des mois après l'opération.

Quand faut-il penser à des corps étrangers en cas de blessures pénétrantes?

L'anamnèse peut donner des indications, par ex. blessures sur du verre cassé ou des éclats

autour de la plaie après des blessures lors de travail avec du métal et du bois, lors d'accidents de la route (verre) ou de la manipulation d'animaux (morsures, épines) [177]. Plus d'un tiers des corps étrangers sont manqués [178]. L'échographie [179, 180] ou le scanner peuvent être utiles surtout pour démontrer les corps étrangers non radio-opaques (bois, plastique) [181]. Les corps étrangers en métal et la plupart des verres (en fonction de la teneur en plomb) sont radio-opaques [179]. Plus de la moitié des corps étrangers sont en métal, suivis par le verre et le bois [182]. Les gros corps étrangers sont plus faciles à retirer que les petits [183].

Que se passe-t-il avec les corps étrangers manqués?

Les corps étrangers sont certes rares, mais ils peuvent entraîner une cellulite, une inflammation chronique et une ostéomyélite [84]. La majorité des patients se souviennent du traumatisme qui en est à l'origine et ont souvent raison de soupçonner un corps étranger restant. La plupart du temps, il faut procéder à une intervention chirurgicale [84]. Les corps étrangers biologiques (bois, épine) se décomposent dans les tissus, alors que le verre et le métal sont encapsulés. Le bois doit donc être retiré plus rapidement que le métal/verre. Les petits éclats de métal ou de verre cicatrisés sans irritation peuvent être laissés en place.

Quand s'agit-il «seulement» d'un eczéma des mains?

L'eczéma des mains est très répandu et souvent multifactoriel; il peut être favorisé par des facteurs endogènes (atopie) et exogènes (irritatifs/allergiques) [184]. Cliniquement, il se manifeste par des lésions cutanées vésiculeuses, érosives, hyperkératosiques et/ou squameuses. Le traitement est initié par voie topique (corticostéroïdes, immunomodulateurs) et toujours associé à une crème grasse. La prévention se fait par l'évitement des allergènes (p. ex. chrome dans le ciment, nickel dans les bijoux), des conseils professionnels pour les patients atopiques, et l'utilisation de crèmes hydratantes et de gants [186].

Thérapie

La plupart des infections de la main peuvent être traitées initialement de manière efficace par le repos et l'élévation: Réduction de la douleur et du gonflement [139], complétée par une attelle pour l'immobilisation, des antibiotiques (uniquement en cas d'indication claire) et/ou une intervention chirurgicale (fig. 5) [129]. Un traitement précoce [187] et correct est important pour le succès du traitement [10].

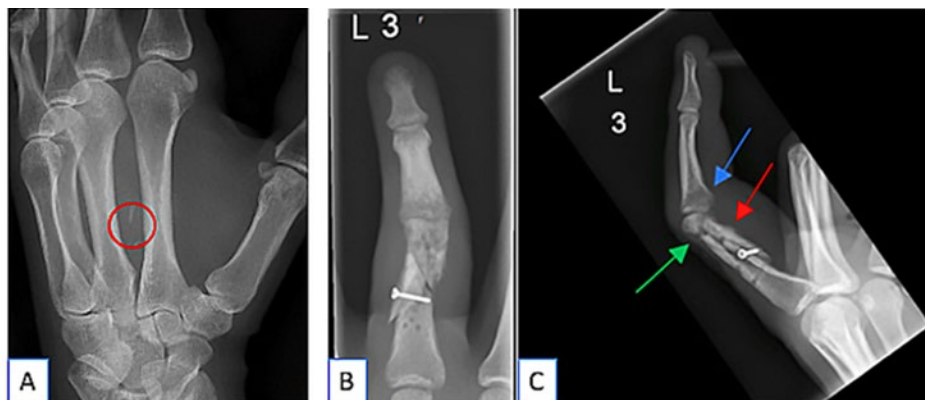


Figure 3: Éclat de verre radio-opaque (à gauche), fracture de la phalange de base avec ostéomyélite (à droite).

A: Éclat de verre radio-opaque entre les os métacarpiens II et III. **B et C:** Après plusieurs semaines sans consolidation de la fracture (p. ex. flèche verte) et maintenant retrait partiel du matériel d'ostéosynthèse (trous de forage résiduels) en présence de signes d'ostéomyélite: ostéolyse et réaction périostée lamellaire (flèche rouge) à l'extrémité distale de la phalange basale; gonflement des tissus mous dû à la cellulite et à l'œdème et ostéopénie circonscrite au niveau de la phalange médiane (flèche bleue), signe d'une réaction environnementale.

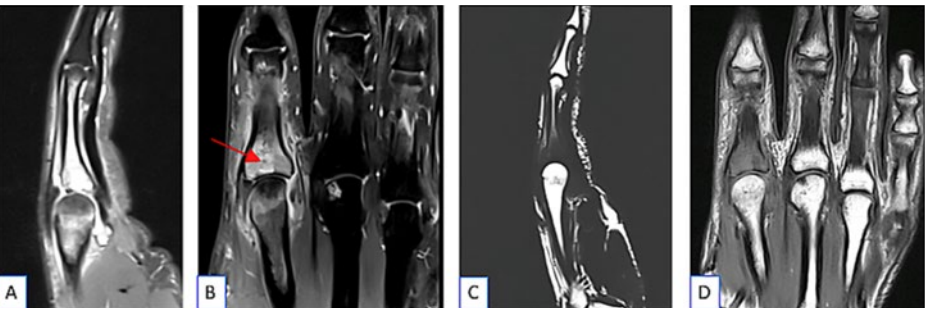


Figure 4: Ostéomyélite à l'IRM.
A et B: signal de moelle osseuse hyperintenses dans une séquence sensible aux liquides (STIR/TIRM), signe d'un œdème de la moelle osseuse (image de gauche), **C et D:** signal de moelle osseuse hypointenses dans la pondération T1, signe d'un refoulement de la moelle osseuse graisseuse (image de droite). Ces deux résultats combinés indiquent une ostéomyélite.

Comment immobiliser la main et les doigts?

Aussi peu que possible et juste ce qu'il faut. En cas d'infection des doigts, une attelle de doigt suffit. En cas d'infection des tendons fléchisseurs, d'infection dans la zone de l'articulation MCP et proximale de celle-ci, l'immobilisation se fait en position fonctionnelle (Intrinsic-Plus) (fig. 6): DIP 0° de flexion, PIP 0° de

flexion, MCP 60°–80° de flexion, poignet 25° d'extension) En cas d'immobilisation incorrecte ou superflue, des contractures peuvent apparaître [6].

Quelles sont les mesures locales utiles?

Rinçage doux (sans pression) mais généreux des plaies ouvertes avec du NaCl 0,9% ou du Ringer lactate (pas de désinfectant ni d'Octeni-

sept® ou de Prontosan®, cela peut entraîner des lésions tissulaires supplémentaires), retrait des corps étrangers et désinfection. Des compresses chaudes et humides peuvent favoriser la guérison et atténuer les douleurs, par exemple en cas de paronychie [6]. En cas de paronychie ou de panaris, baigner la plaie dans une solution de rinçage (p. ex. Prontosan®).

Quand faut-il une incision et un drainage?

En particulier en cas d'infections bien délimitées (abcès) et d'infection de la gaine des tendons fléchisseurs, mais pas en cas d'infections précoces, légères ou diffuses sans abcès (p. ex. cellulite) [188] – sauf en l'absence d'amélioration dans les 12 à 24 heures [6]. La ponction d'abcès guidée par échographie n'est pas supérieure à l'incision et au drainage conventionnels [189].

Quand et quels antibiotiques prescrire?

Voir encadré 1. Les antibiotiques sont recommandés [192] en cas de cellulite/phlegmon et en plus de l'incision et du drainage chez les patients gravement malades ou très âgés ou affaiblis, en cas de maladie étendue (par ex. plu-

Tableau 5: Pire cas: fasciite nécrosante – rare mais parfois mortelle.	
Clinique	• «Douleur infernale», sans corrélation avec les résultats cliniques • Caractères uniques [20, 148,149]: instabilité hémodynamique [150], nécrose partielle de la peau et crépitation • Peau partiellement épargnée – diagnostic difficile, éventuellement bulle (DD cellulite streptococcique)  Résultat préopératoire avec gonflement/rougeur prononcé et nécrose au-dessus de la phalange moyenne. Intraopératoire: vaisseaux distaux déjà thrombosés/ nécrose
Prédicteurs	• Sodium <135, leucocytose >15 400 [151, 152] • Facteurs de risque: diabète, obésité, insuffisance veineuse chronique, insuffisance rénale chronique, alcool, chirurgie, traumatisme/blessure cutanée
Diagnostic	• Aspect clinique • Score LRINEC: Score chimique de laboratoire (CRP, leucocytes, hémoglobine, sodium, créatinine, glucose) [59] a une valeur prédictive élevée – en cas de doute, toujours un traitement chirurgical • Imagerie: inclusions d'air • Preuve: biopsie du fascia, donc en cas de doute, passage au bloc opératoire en urgence
Agent pathogène	Streptocoques du groupe A [46], immunosuppression/diabète: polymicrobien [34]
Thérapie	• Opération en urgence! (La mortalité est multipliée par 9 après 24 h) • Débridement complet, 2^{ème}, 3^{èmes} looks réguliers toutes les 24–48 h [34], consultation infectiologique • Antibiotiques empiriques: 1^{er} choix: amoxicilline-clavulanate, 3 × 2,2 g i.v. PLUS clindamycine 3 × 900 mg i.v. ; 2^e choix, en cas d'allergie légère à la pénicilline: ceftriaxone, 1 × 2 g i.v. PLUS clindamycine, 3 × 900 mg i.v. • En cas d'antécédents de voyage: couvrir également le SARM • Vibrio suspecté (progression rapide, après exposition à l'eau salée, lésion cutanée hémorragique/septicémie): Minocycline PLUS fluoroquinolone ou céphalosporine de 3^e génération [66]
Intra-opératoire	• Des lames liquidiennes semblables à de l'eau lors du rinçage le long du fascia (phénomène de Dishwater) confirment le diagnostic.
Prévisions	• Même avec un traitement adéquat, taux d'amputation et de mortalité pouvant atteindre 25% chacun [152–155]. • Seule possibilité d'améliorer ces taux: un traitement précoce et agressif [156]
Épidémiologie	• Fréquence: 0,4–0,53/100 000 par an [155, 157], incidence en augmentation [158]

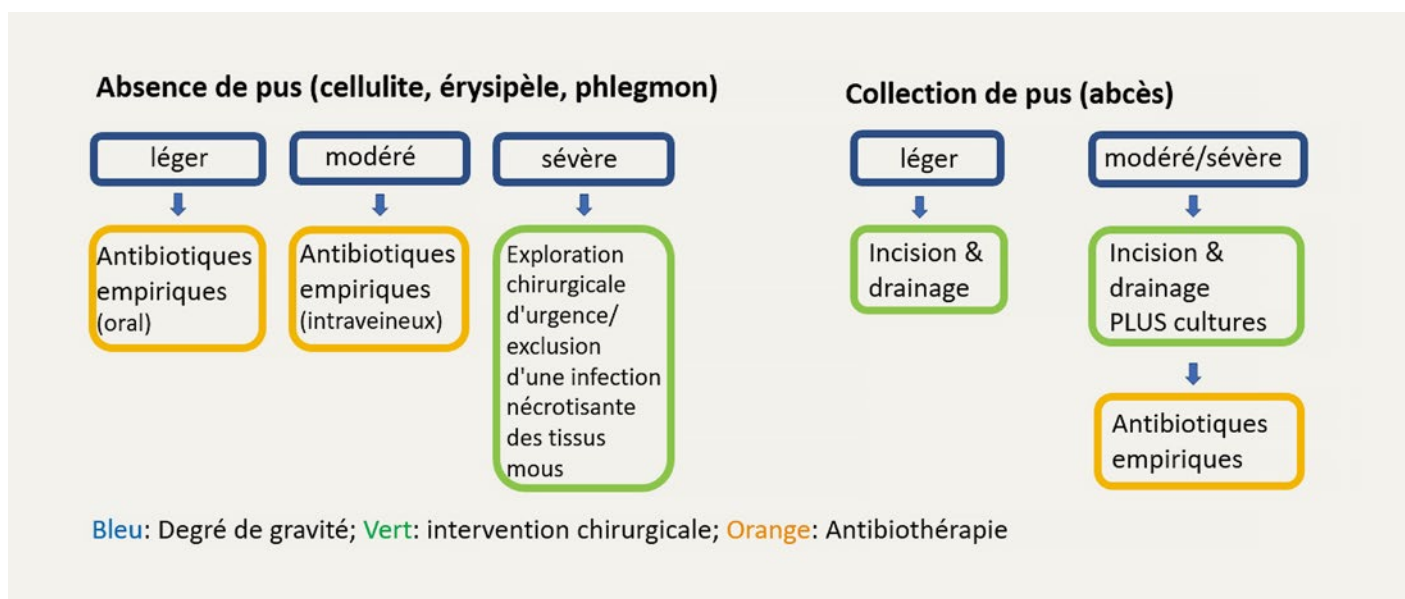


Figure 5: Gestion des infections de la main [22].

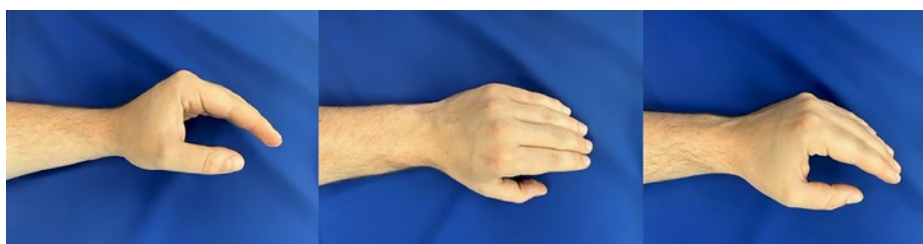


Figure 6: Position fonctionnelle.

Position fonctionnelle du poignet à 25° d'extension, articulations MCP à 60°–80° de flexion, articulations PIP à 0° de flexion, articulations DIP à 0° de flexion

sieurs foyers infectieux), en cas d'aggravation clinique, de fièvre, d'immunosuppression, d'abcès incomplet/difficile à drainer ou d'absence d'amélioration après incision/drainage. En cas de doute, l'antibiothérapie est administrée au début par voie intraveineuse [137], par ex. dans le cadre d'une hospitalisation de courte durée.

Antibiothérapie en cas de morsure?

Voir encadré 1.

Faut-il vraiment des antibiotiques pour traiter un petit abcès (<5 cm [193]) après incision et drainage?

Non – des études à grande échelle montrent que l'administration d'antibiotiques par voie orale après incision et drainage d'abcès non compliqués n'améliore pas le taux de guérison précoce (7–10 jours) et ne réduit pas le taux de récurrence après 30–90 jours [193–197], même chez les enfants [198, 199]. Deux études récentes montrent certes un avantage de l'antibiothérapie, mais le bénéfice était plutôt faible, la durée du traitement (10 jours de clindamycine ou de cotrimoxazole) plutôt longue, et les

évolutions graves ne sont pas survenues, même sans antibiotiques [191, 200]. Par conséquent: antibiotiques uniquement en cas de fièvre, de mauvais état général ou de cellulite autour de l'abcès.

Quand laisser la plaie ouverte après le drainage de l'abcès?

En cas de doute sur l'évacuation complète, en cas de lésions cutanées chroniques (kystes sébacés infectés) ou en cas d'infection systémique non contrôlée [28, 33]. Les plaies >2 cm, en particulier dans les régions importantes sur le plan esthétique, doivent être fermées directement (avec mise en place de drains) (durée de cicatrisation plus courte, meilleur résultat, les récurrences ne sont pas plus fréquentes) [38].

Quand faut-il faire des hémocultures?

En cas de fièvre ou de signes de septicémie.

Antibiothérapie prophylactique avant le débridement d'un abcès?

Une bactériémie systémique après le drainage d'un abcès est rare [201]. L'antibioprophylaxie

n'est recommandée dans certains cas de valvulopathie (c'est-à-dire lorsqu'une antibioprophylaxie est également indiquée en cas d'intervention dentaire) [202].

Crème de traction – utile?

Un sujet controversé. En cas d'application locale de pommade à tirer, un furoncle pourrait se drainer plus rapidement et se vider ainsi [203]. Les pommades à tirer contiennent du bituminosulfonate d'ammonium. En Suisse, on utilise principalement Leucen® (autorisé pour les abcès, les furoncles, les paronychies ou en cas de gerçures) ou Ichtholan®. Les contre-indications sont les plaies ouvertes/la peau (les huiles essentielles irritent les tissus et brûlent). De plus, les pommades à tirer entraînent souvent une décoloration de la peau, ce qui peut rendre difficile l'évaluation des rougeurs.

Que faire en cas d'aggravation clinique ou d'absence de réponse après le début de l'antibiotique?

Une aggravation initiale n'est pas inhabituelle – même au meilleur antibiotique, nous devons attendre 48–72 h pour qu'il agisse et qu'une amélioration se manifeste [18]. Mais: vérifier la dose d'antibiotique (amoxicilline + acide clavulanique 3 × 625 mg nous semble trop faiblement dosé – nous préférons 3 × 1 g). En cas de doute, réévaluer à court terme ou référer le patient à un spécialiste. Nous ne recommandons pas de traitements par corticostéroïdes.

Les antibiotiques topiques sont-ils utiles?

Un traitement local à l'acide fusidique (p. ex. Fucidin®/Fucicort® crème/pommade) peut être

Encadré 1: Les antibiotiques recommandés en cas d'infections des mains.

- L'antibiothérapie est généralement empirique, c'est-à-dire que l'agent pathogène responsable n'est pas connu.
- Antibiotique de choix: généralement amoxicilline-clavulanate (3 × 1 g p.o. pendant 5–7 jours).
- En cas d'allergie légère à la pénicilline (pas d'urticaire, pas de gonflement des muqueuses): Céfuroxime 2 × 500 mg p.o. ou 3 × 1,5 g i.v. (5–7 jours)
- En cas d'allergie grave aux bêta-lactamines: clindamycine 3 × 300–450 mg p.o. (5–7 jours). Attention, la clindamycine a un spectre étroit (insuffisant en cas de morsure, voir ci-dessous).
- Si par voie intraveineuse: amoxicilline-clavulanate 3 × 1,2 g ou céfazoline 3 × 2g i.v. (attention: spectre étroit).

Antibiotiques en cas de morsure

- Le premier choix est également le clavulanate d'amoxicilline (3 × 1 g p.o., à prévoir pendant 3–7 jours; durée selon l'évolution), également de manière préemptive (c.-à-d. sans infection apparente, par ex. après une morsure de chat).
- Morsure d'animal: Les *Pasteurella* ne sont pas ou insuffisamment couverte par la clindamycine ou la céfazoline seule! Par conséquent, en cas d'allergie légère à la pénicilline: céfuroxime 2 × 500 mg p.o. PLUS clindamycine: 3 × 450 mg p.o.
- En cas d'allergie grave à la pénicilline: ciprofloxacine 2 × 500 mg par voie orale, PLUS clindamycine 3 × 450 mg par voie orale. PLUS clindamycine 3 × 450 mg p.o. alternative: doxycycline: 2 × 100 mg p.o., moxifloxacine: 1 × 400 mg p.o.

efficace en cas d'infections légères et superficielles [205, 206], car il atteint des concentrations locales élevées et son spectre est étroit (surtout pour les germes gram-positifs comme les staphylocoques et les streptocoques). L'acide fusidique ne pénètre certes guère dans la peau intacte, mais les inflammations cutanées permettent la pénétration à travers la couche cornée (p. ex. en cas de paronychie, folliculite, furoncle) [207]. Les allergies sont rares. Mais les antibiotiques topiques favorisent également le développement de résistances, par exemple chez *S. aureus* [208–211].

Que comprend un bon suivi?

Prévoir des contrôles rapprochés (éventuellement quotidiens) et des instructions pour l'auto-entraînement. Le sevrage rapide de l'attelle et l'ergothérapie sont essentiels pour prévenir la raideur et les contractures [9]. Mais même avec un traitement optimal, des contractures peuvent survenir [55] – éventuellement, après la disparition de l'infection, envisager une ténothérapie (selon la localisation de l'infection: ténothérapie) (au plus tôt après 6 mois ou lorsque l'amplitude des mouvements passifs et actifs diverge nettement, c'est-à-dire >10–20° par articulation) [3].

Quand faut-il faire un rappel antitétanique?

Voir tableau 4.

Correspondance

Prof. Philip Tarr
Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital Baselland
CH-4101 Bruderholz
philip.tarr[at]unibas.ch