

Vos cas cliniques et vos questions

DR MARIE CHAUVEAU

2° JOURNÉE D'INFECTIOLOGIE NANTAISE

Vos questions

1. Panaris non collecté : bains d'antiseptique, antibio, ou les 2 ?
2. Quelle préconisation en terme de prévention antipaludéens chez les pilotes qui sont tous les mois quelques jours en zone à risque ? Faut il prendre de la doxy mais sur périodes plus courtes qu'en cas de séjour prolongé, ou juste répulsifs, vêtements longs ?
3. Risque de Zika chez une femme revenant du Brésil et envisageant une grossesse ?
4. Conduite à tenir en médecine générale devant des Ac anti HBc positifs avec Ag HbS négatifs et des Ac anti HbS négatifs : vaccination? Fibroscann? Surveillance?
5. Que faire devant un érysipèle qui évolue mal à 48 heures d'antibiothérapie ?

1. Panaris non collecté

Ce qui est sûr : panaris collecté, opéré → pas de nécessité d'antibiothérapie complémentaire^{1,2}

Bains d'antiseptiques : pas en post-opératoire³

au stade phlegmasique : oui

Par contre : panaris non collecté = Le mystère reste entier !

- Aucune étude
- Avis d'expert
- Pratique très variable⁴

¹ Rabarin F., *Orthop Traumatol Surg Res*, 2017

² Pierrart J., *Hand Surg Rehabil*, 2016

³ Tosti R., *Journal of Hands Surgery*, 2014

⁴ E. Fourtillan, *Annales de dermatologie et vénéréologie*, 2013

Traitement conseillé

Mise à jour de la vaccination anti-tétanique.

SOINS LOCAUX

Bains antiseptiques pluriquotidiens.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Traitement chirurgical indiqué au stade de collection.

TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE DE 1ÈRE INTENTION

Traitement antibiotique à visée anti-staphylococcique.

A réévaluer systématiquement à 48h : indication chirurgicale si évolution défavorable

- **PRISTINAMYCINE PO** : 1 g 2 à 3 fois/j pendant 7 jours
- ou CLOXACILLINE PO : 50 mg/kg/j (sans dépasser 4 g/j) en 3 prises quotidiennes pendant 7 jours
- ou AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE PO : 1 g 3 fois/j pendant 7 jours

VOTRE SITUATION

Pathologie : panaris

Groupe d'âge : adulte

Insuffisance rénale : non

Grossesse : non

Allaitement : non

MISE À JOUR

La dernière modification de cette page date de **30 novembre 2018**.

NB : Les choix surlignés sont ceux qui sont privilégiés par le groupe d'experts d'ANTIBIOCLIC.



[accueil](#) > [Infections](#) > [Infections cutanéomuqueuses bactériennes](#) > Panaris

Pathogène/Epidémiologie

Clinique

Diagnostic

Traitement

Prévention

Autre information

validé le mardi 17 juillet 2018

PANARIS

Pathogène/Epidémiologie

Infection aiguë, primitive des parties molles d'un doigt, consécutive à une inoculation septique exogène

Localisation péri ou sous-unguéale dans deux tiers des cas

Etiologie bactérienne : [Staphylococcus aureus](#) dans deux tiers des cas, plus rarement [streptocoques](#), entérobactéries, anaérobies, [Pasteurella](#) (en cas de morsure animale voire humaine)

Clinique

Trois stades :

- **Stade d'inoculation** (peut passer inaperçu) : douleurs aiguës correspondant à l'inoculation suivi d'un intervalle libre
- **Stade phlegmasique** : signes inflammatoires locaux et douleurs spontanées. Pas d'autre signe
- **Stade de collection** : douleurs intenses, pulsatiles, insomniantes. Tuméfaction inflammatoire avec signes généraux possibles

Risque évolutif : phlegmon des gaines, raideur articulaire, ostéoarthrites...

Traitement

Urgence médico-chirurgicale

Différent selon le stade du panaris. **Ne pas utiliser d'anti-inflammatoires non stéroïdiens +++**

Stade phlegmasique

- Pansements et bains d'antiseptiques cutanés et antibiothérapie antistaphylococcique : [cloxacilline](#) (50 mg/kg/24h PO en 3 administrations), [amoxicilline-acide clavulanique](#) (50 mg/kg/24h PO en 3 administrations) ou [pristinamycine](#) (50 mg/kg/24h PO en 3 administrations)
- Surveillance quotidienne et poursuite du même traitement jusqu'à guérison si amélioration dans les 48 heures. Si échec : traitement chirurgical



accueil > Infections > Infections cutanéomuqueuses bactériennes > Panaris

Pathogène/Epidémiologie

PANARIS

Clinique

Pathogène/Epidémiologie

Diagnostic

Stade phlegmasique

- Pansements et bains d'antiseptiques cutanés et antibiothérapie antistaphylococcique : [cloxacilline](#) (50 mg/kg/24h PO en 3 administrations), [amoxicilline-acide clavulanique](#) (50 mg/kg/24h PO en 3 administrations) ou [pristinamycine](#) (50 mg/kg/24h PO en 3 administrations)
- Surveillance quotidienne et poursuite du même traitement jusqu'à guérison si amélioration dans les 48 heures. Si échec : traitement chirurgical

Risque évolutif : phlegmon des gaines, raideur articulaire, ostéoarthrites...

Traitement

Urgence médico-chirurgicale

Différent selon le stade du panaris. **Ne pas utiliser d'anti-inflammatoires non stéroïdiens +++**

Stade phlegmasique

- Pansements et bains d'antiseptiques cutanés et antibiothérapie antistaphylococcique : [cloxacilline](#) (50 mg/kg/24h PO en 3 administrations), [amoxicilline-acide clavulanique](#) (50 mg/kg/24h PO en 3 administrations) ou [pristinamycine](#) (50 mg/kg/24h PO en 3 administrations)
- Surveillance quotidienne et poursuite du même traitement jusqu'à guérison si amélioration dans les 48 heures. Si échec : traitement chirurgical



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Février 2019

Panaris, onyxis non mentionnés

Durée maximale : 7 jours (DHBNN)

5 jours pour le furoncles compliqués

2. Prophylaxie anti-palustre pour les personnels navigants ?



Santé PN : Paludisme, une actualité permanente

Un nouveau cas de paludisme falciparum extrêmement virulent vient de frapper un PNT A-340 à Air France. Tous les PN, moyen courrier comme long courrier, peuvent être confrontés à ce parasite.



Accueil > Actualités > Air France > Santé Pilote - Du paludisme en escale -

Santé Pilote - Du paludisme en escale -

10 août 2017

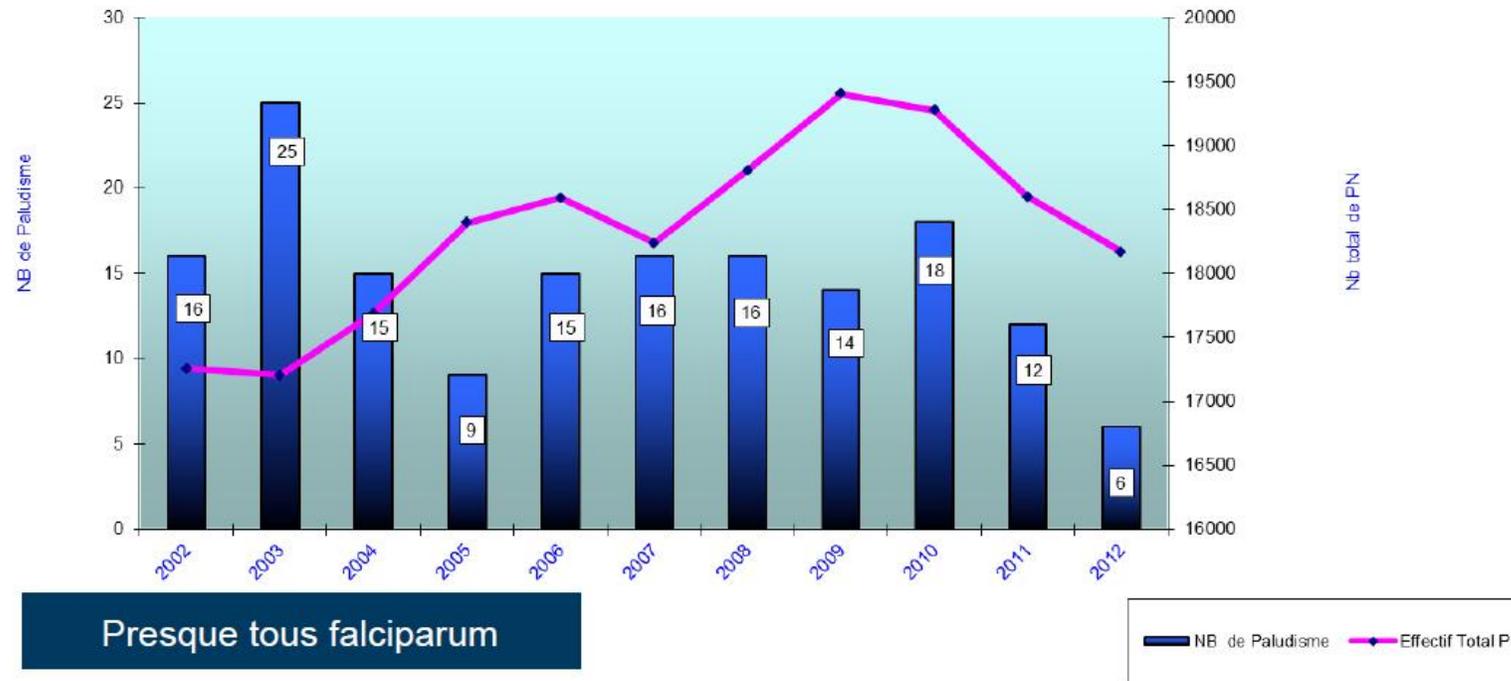
La Libre.be

Décès d'une hôtesse de Brussels Airlines: la faute à une malaria cérébrale

LAURENCE DARDENNE ET R.MEU. Publié le lundi 22 février 2016 à 15h47 - Mis à jour le lundi 22 février 2016 à 15h54

NOMBRE DE CAS (2002 à 2012) : 167

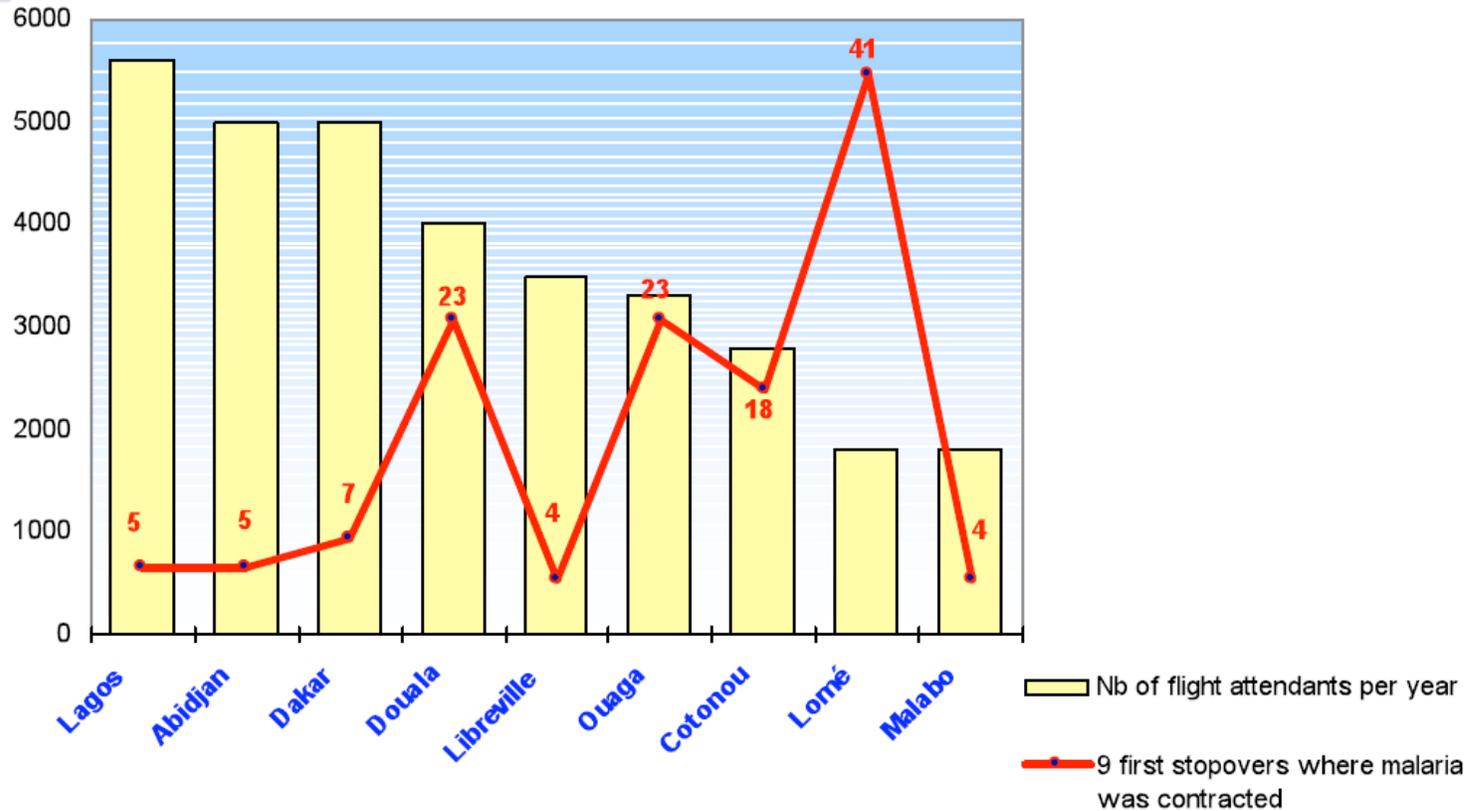
Nb de cas de Paludisme - Effectif total PN



2012 : 6 cas

2008 : 1 décès dû à l'absence de diagnostic

NOMBRE DE CAS RAPPORTÉS AU NOMBRE DE NUITÉES DANS 9 ESCALES



- 5 cas seulement à Lagos : le risque « sécurité » impose de rester à l'hôtel.
- 41 cas à Lomé : temps d'escale plus long, propice au tourisme.

Service de Santé au Travail IO.ZM
Téléphone : 01 41 56 88 99
Du lundi au vendredi de 8h00 à 16h30
E-mail: medicalpn@airfrance.fr

Roissy, le 28 octobre 2016

A Madame ou Monsieur le Médecin Traitant

Objet : Personnel Navigant et risque de paludisme

Cher Confrère,

Vous êtes le médecin traitant d'un Personnel Navigant de la compagnie aérienne Air France.
Nous souhaitons nous rapprocher de vous afin de partager notre expérience en matière de paludisme chez les navigants et vous informer des spécificités liées à leur activité professionnelle.
Air France dessert une trentaine d'escales impaludées.
Tous les navigants Long-Courrier y séjournent fréquemment.

Conformément aux recommandations officielles (B.E.H*2016), Air France ne propose pas de chimioprophylaxie antipaludique, ni de traitement présomptif aux personnels navigants qui sont amenés à faire des séjours brefs et répétés pendant plusieurs années dans des zones impaludées.

Cependant, une chimioprophylaxie et/ou un traitement présomptif doivent être discutés avec votre patient pour tout séjour non professionnel en zone impaludée ou en zone d'isolement médical (croisières, trekkings etc...).

La Compagnie fournit une protection personnelle anti vectorielle et assure une information ciblée sur la prévention et la conduite à tenir en cas de doute.

Malgré cela, nous déplorons chaque année une dizaine de cas de paludisme, dont deux décès et trois cas graves ces dix dernières années.

Ces cas graves ont toujours été liés à un retard de diagnostic, le plus souvent provoqué par un **tableau initial banal** : syndrome grippal ou ORL, tableau de gastro-entérite, fatigue inhabituelle..., accompagné d'une fièvre voire d'un simple fébricule parfois non ressentis.

La fièvre reste le signe d'alerte principal, elle évolue par pics. Elle peut être absente plusieurs heures, voire 1 à 2 jours et peut passer inaperçue au début.

Nous demandons aux navigants de consulter dès l'apparition de l'un de ces symptômes, pour un avis médical et la réalisation d'un **DIAGNOSTIC PARASITOLOGIQUE EN URGENCE (recherche d'hématozoaires et/ou test de diagnostic rapide antigénique)**, dont le résultat doit être obtenu dans un délai maximum de 2 heures. La sérologie n'a aucun intérêt pour le diagnostic d'un paludisme aigu.

Si le premier test est négatif et en cas de persistance, de modification ou d'aggravation des symptômes, ce diagnostic parasitologique doit impérativement être redemandé, au besoin précocement.

Nous vous remercions de l'attention que vous prêterez à ce courrier et nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bien confraternellement,

Les Médecins du Travail Personnel Navigant d'Air France

* B.E.H. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2016 : recommandations sanitaires pour les voyageurs

Prise en charge et prévention du paludisme d'importation

Mise à jour 2017 des RPC 2007

Organisation : Groupe recommandations de la Société de Pathologie Infectieuse
de Langue Française (SPILF)

4.6 : Séjours fréquents, courts et répétés

Dans les situations de séjours fréquents, courts et répétés en zone à risque (essentiellement Afrique sub-saharienne : personnel navigant des compagnies aériennes, hommes d'affaires ...), les voyageurs pourraient être amenés à prendre une CP en continu au long cours. Lorsque ces séjours se passent en milieu urbain et dans des conditions protégées (hôtel à norme internationale, restaurants climatisés...), une abstention est licite sous réserve de l'utilisation d'une PPAV (répulsifs notamment) et de l'information du voyageur que toute fièvre doit être considérée comme d'origine palustre jusqu'à preuve du contraire. Cela impose de signaler impérativement le séjour en zone à risque. Par contre, si le motif du séjour implique des nuitées en zone rurale, la prise d'une CP est alors légitime, l'association atovaquone-proguanil permettant une prise limitée au retour de la zone à risque peut être privilégiée. Un traitement de réserve se discute au cas par cas lors de séjour en milieu isolé.

Dans tous les cas : **pas d'indication à une prophylaxie par Doxycycline « raccourcie »**

Indication +++ à une protection personnelle anti-vectorielle

- vêtements longs imprégnés (perméthrine)
- moustiquaire imprégnée
- répulsifs cutanés

Avertir que séjour en zone d'endémie si T° au retour !

3. Zika et voyage de la femme jeune

Arbovirose

Transmission vectorielle : *Aedes albopictus*, *Aedes aegypti* (activité diurne)

Transmission sexuelle (jusqu'à > 1 mois après début stm)

Tableau clinique :

- Incubation 3-12 jours
- Asymptomatique 74-81%
- Exanthème maculopapuleux descendant, fébricule, arthralgie, asthénie, hyperhémie conjonctivale, arthro-myalgies.

Complications :

- Sd Guillain Barré
- Microcéphalie

Infection considérée comme immunisante



Femme enceinte

1. Informer : risque et mode de transmission ; embryofœtopathies
2. Reporter le voyage à après la grossesse
3. Protection personnelle anti-vectorielle pendant toute la durée du séjour.
4. Rapports sexuels protégés pendant toute la durée du voyage

Rapports sexuels avec les hommes infectés ou susceptibles de l'être pendant toute la grossesse y compris au retour du voyage.

5. Si signes évocateurs d'infection à Zika : consulter un médecin
6. 28 jours après le retour : sérologie Zika (IgM, IgG) + séroneutralisation si IgG+

Projet de grossesse

1. Informer : risque et mode de transmission ; embryofœtopathies
2. Reporter le voyage à après la grossesse ou reporter le projet de grossesse
3. Protection personnelle anti-vectorielle pendant toute la durée du séjour.
4. Rapports sexuels protégés pendant toute la durée du séjour + au retour jusqu'à avoir la certitude de l'absence d'infection du partenaire.
5. Si signes évocateurs d'infection à Zika : consulter un médecin
6. 28 jours après le retour : sérologie Zika (IgM, IgG) de la patiente et de son partenaire (si potentiellement exposé)
 - Sérologie partenaire + ou douteux : RT-PCR sur sperme
 - Sérologie partenaire - ou examen du sperme - : suivi de grossesse normal

4. Ac anti-HBc isolé : que faire ?

A. Patient non immunodéprimé (et pas en passe de le devenir) : 4 hypothèses

- Hépatite B ancienne avec perte de l'AC anti-HBs (pays forte endémie)
- Hépatite B occulte (+/- AgHBs muté)
- Hépatite B en voie de séroconversion
- Faux positif (rare +++)

Proposition de CAT :

- Faire bilan hépatique :
 - Normal : contrôle sérologique à 6 mois
 - Altéré ou patient originaire d'un pays à prévalence élevée d'AgHBs muté (Asie) : faire PCR VHB

4. Ac anti-HBc isolé : que faire ?

B. Patient immunodéprimé (ou avant Rituximab, chimio, corticoT...) : risque de réactivation

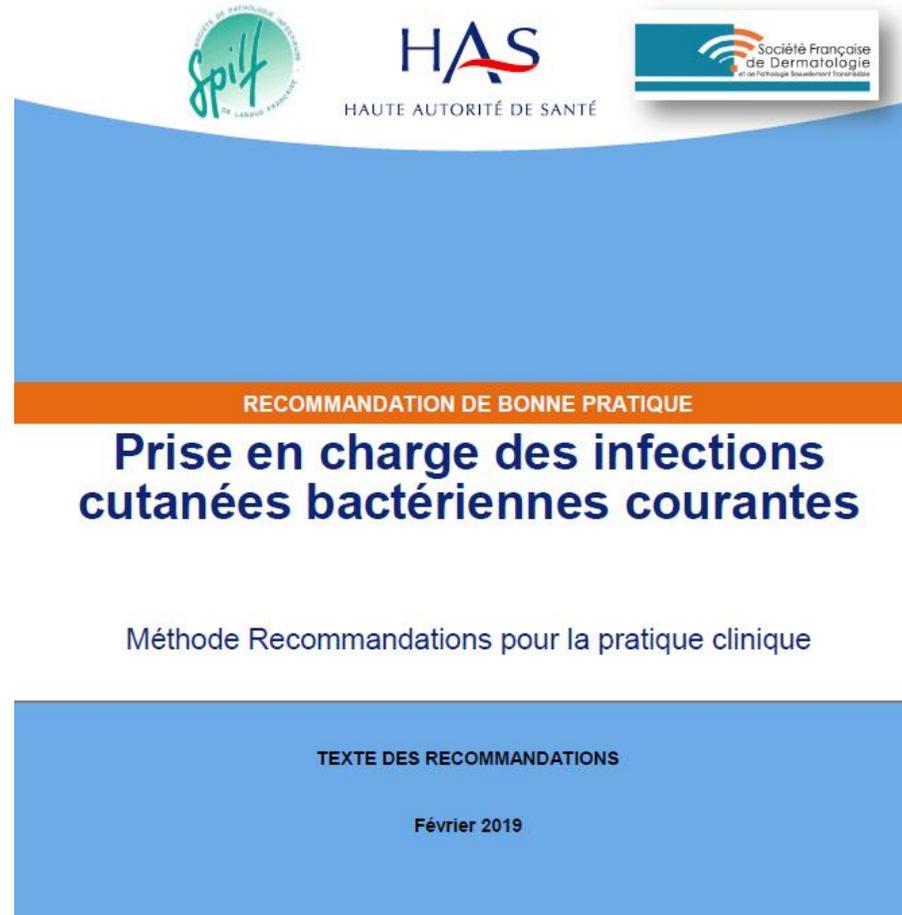
- faire PCR VHB : réplication occulte ?

- S'il réplique il faut faire les marqueurs de fibrose (Hepascore, fibroscan et écho) et traiter.

- Si pas de réplication discuter prophylaxie ou surveillance rapprochée avec Tt pré-emptif selon le risque de réactivation.

5. Erysipèle qui évolue mal à 48 heures

5. Erysipèle qui évolue mal à 48 heures



5. Erysipèle qui évolue mal à 48 heures

- Evolue mal = ? Persistance fièvre ? Extension ? Zones de nécrose ?

La régression complète des signes cutanés est souvent retardée (2, voire 3 semaines) par rapport aux signes généraux, et un tel délai ne doit pas conduire à prolonger l'antibiothérapie.

- Erysipèle : est-on certain du diagnostic ?

Tableau1. Principaux diagnostics différentiels des DHBNN

Causes infectieuses	Causes non infectieuses
Arthrite septique	Eczéma de contact
Bursite	Érythème noueux
Érythème migrant	Maladie périodique
Fasciite/Dermohypodermite nécrosante	Autres panniculites non infectieuses
Lymphangite	Piqûre d'insecte, cellulite de Wells
Panniculite infectieuse	Poussée inflammatoire d'insuffisance veineuse
	Thrombose veineuse superficielle ou profonde

- La dermohypodermite peut-elle être liée à une autre bactérie qu'un streptocoque ?

AE

En cas de DHBNN de l'adulte survenant dans certaines situations particulières, le traitement antibiotique curatif recommandé est :

- DHBNN après morsure : amoxicilline-acide clavulanique oral : 50 mg/kg/jour d'amoxicilline sans dépasser 6 g/jour, et sans dépasser 375 mg/jour d'acide clavulanique, pour une durée de 7 jours ;
- en cas de suspicion d'érysipélateoïde (rouget du porc) : amoxicilline (50 mg/kg/jour) pour une durée de 7 jours.

Dans les situations suivantes, un avis spécialisé est recommandé :

- DHBNN liées aux soins ;
- exposition aquatique et marine ;
- injection septique (toxicomanie IV).

- C'est bien un érysipèle :

- Prise antibiotique ?
- Posologie suffisante ??

1.8.2 Quelle antibiothérapie proposer ?

AE

Chez l'adulte, le traitement antibiotique curatif par voie orale recommandé d'une DHBNN est :

- en première intention : amoxicilline : 50 mg/kg/jour en trois prises avec un maximum de 6 g/jour ;
- en cas d'allergie à la pénicilline : pristinamycine (1 g x 3 /jour) ou clindamycine (600 mg x 3/jour, et jusqu'à 600 mg x 4/jour si poids > 100 kg).

Il est recommandé de prescrire ce traitement pour une durée de 7 jours.

La régression complète des signes cutanés est souvent retardée (2, voire 3 semaines) par rapport aux signes généraux, et un tel délai ne doit pas conduire à prolonger l'antibiothérapie.

Il est recommandé de ne pas prescrire d'antibiothérapie locale.

80 kg → 4g/jour Amox
(1,5gx3/jour)

- C'est bien un érysipèle :

- Facteurs favorisants et mesures d'accompagnement

1.8.4 Mesures d'accompagnement

AE	<p>Pour la prise en charge d'une DHBNN d'un membre, en complément du traitement antibiotique, le <u>repos avec surélévation du membre atteint</u> est recommandé jusqu'à amélioration des signes locaux.</p> <p>Une anticoagulation à dose prophylactique sera discutée en fonction des facteurs de risque thromboembolique du patient.</p> <p>Les mesures suivantes sont également recommandées :</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>port d'une contention veineuse efficace</u> dès que l'amélioration de la douleur le permet et pendant une durée d'au moins 3 semaines ;• mise à jour de la vaccination antitétanique.
-----------	--