

2016-2017

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE.

**Prise en charge des infections aigues
du complexe pulpo-unguéal
par les médecins généralistes
dans le Maine-et-Loire :
État des lieux et conduite à tenir.**

POTTIER Guillaume-Alexandre

Né le 9 Avril 1986 à Château-Gontier (53)

Sous la direction du Docteur RABARIN Fabrice

Membres du jury

Madame le Professeur Céline BARON-HAURY		Président
Monsieur le Docteur Fabrice RABARIN		Directeur
Monsieur le Professeur Éric CAILLIEZ		Membre
Madame le Docteur Cécile ANGOULVANT		Membre

Soutenue publiquement le :
21 septembre 2017



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Guillaume-Alexandre POTTIER déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **21/08/2017**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstrucente et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Céline Baron-Haury, pour me faire l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail en présidant ce jury. Veuillez accepter mes plus sincères remerciements.

A monsieur le Docteur Fabrice Rabarin, pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre disponibilité et vos conseils avisés. Recevez ici le témoignage de ma sincère gratitude et de mon profond respect. Merci à tous les membres du Centre de la Main d'Angers pour m'avoir fait confiance en me proposant ce sujet de thèse et votre bienveillance.

A Monsieur le Professeur Eric Cailliez, pour avoir accepté de faire partie de ce jury et de m'honorer de votre présence. Veuillez accepter toute ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Cécile Angoulvant, pour avoir accepté d'intégrer ce jury et de m'honorer de votre présence. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Emilie, pour ton soutien et ton amour. Tu me rends plus heureux jours après jours. Je suis fier de partager tous ces projets avec toi.

A ma famille et belle-famille, à mes parents, grands parents, sœurs et neveu, merci pour votre présence. Vous nous guidez au quotidien.

A nos amis, nombreux et précieux.

Liste des abréviations

IACPU	Infection Aigue du Complexe Pulpo-Unguéal
AMF	Antécédents Médicaux Fragilisants
SARM	Staphylococcus Aureus Résistant à la Méthicilline
FESUM	Fédération Européenne des Services Urgences Main
FMC	Formation Médicale Continue

Plan

RESUME

I. INTRODUCTION

II. MATERIEL ET METHODES

1. **Type d'étude**
2. **Population**
3. **Critères d'inclusion**
4. **Critères d'exclusion**
5. **Création du questionnaire**
6. **Diffusion du questionnaire**
7. **Recueil des données et analyse statistique**

III. RESULTATS

1. **Taux de réponse**
2. **La prescription d'antiseptique**
 - 2.A. IACPU au stade inflammatoire
 - 2.B. IACPU au stade collecté
3. **La prescription d'antibiotique**
 - 3.A. IACPU au stade inflammatoire
 - 3.B. IACPU au stade collecté
4. **Avis spécialisé**
5. **Prélèvement local**
6. **Délais de suivi**
 - 6.A. IACPU au stade inflammatoire
 - 6.B. IACPU au stade collecté
7. **Difficultés rencontrées**
8. **Amélioration de la prise en charge**

IV. DISCUSSION

1. **Les antiseptiques**
2. **Les antibiotiques**
 - 2.A. Place de l'antibiothérapie
 - 2.B. Spectre bactériologique
 - 2.C. Quelle antibiothérapie pour quels patients
3. **Incision et prélèvement local**
4. **Avis spécialisé**
5. **Suivi**
6. **Difficultés rencontrées et amélioration de la prise en charge**
7. **Contexte de soins primaires**
8. **Limites et perspectives**
9. **Proposition de prise en charge des IACPU**

V. CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Les infections aigues du complexe pulpo-unguéal (IACPU) sont des pathologies cutanées infectieuses fréquemment rencontrées en médecine générale. Il n'y a actuellement pas de recommandations pour la prise en charge médico-chirurgicale. L'objectif de cette étude est de faire état des prescriptions d'antiseptiques, d'antibiotiques, des difficultés rencontrées chez les médecins généralistes et de proposer un consensus.

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive, évaluant les pratiques de prise en charge des IACPU par les médecins généralistes dans le Maine-et-Loire, réalisée via un questionnaire en ligne.

RÉSULTATS : Cent quatre vingt quatorze réponses ont été étudiées soit 30,9% des médecins interrogés. La prescription d'antiseptiques était réalisée dans 95,6% des cas au stade inflammatoire et 78,9% des cas au stade collecté. Les praticiens ont eu recours à une antibiothérapie dans 23,7% des cas au stade inflammatoire et 59,3% des cas au stade collecté. La Pristinamycine et l'Amoxicilin-Acide Clavulanique étaient les plus usités tous stades confondus. Pour 77,8% des médecins, des difficultés étaient éprouvées dans la gestion de ces pathologies, notamment pour l'accès à un spécialiste et le manque de protocole de prise en charge.

DISCUSSION : Premier traitement des IACPU, l'antiseptie est soumis à des règles d'utilisation pour assurer une bactéricidie efficace sans s'exposer à des effets secondaires. La place de l'antibiothérapie doit être mesurée face à l'émergence de souches résistantes et est indiquée dans le cadre d'antécédents médicaux fragilisants après prélèvement bactériologique. L'optimisation de la prise en charge passe par la création de recommandations facilement applicables en pratique quotidienne et la nécessité d'une filière courte spécialisée ville-hôpital.

CONCLUSION : Ce travail fournit un support accessible afin de faciliter la prise de décision du médecin généraliste face à un patient présentant une IACPU dans un contexte de soins primaires.

I. INTRODUCTION

Les infections aigues du complexe pulpo-unguéal (IACPU) sont des pathologies cutanées infectieuses les plus fréquentes de la main et couramment rencontrées en médecine générale. Elles résultent d'une effraction de l'extrémité digitale fortuite (plaies négligées) ou provoquée (onychophagie, manucure, manipulations souillées).

Les germes les plus souvent mis en cause sont commensaux ou pathogènes transitoires cutanés et oraux. Dans 50% des cas, il s'agit du staphylococcus aureus (1-2). Certaines co-morbidités favorisantes sont parfois retrouvées tels que le diabète, l'alcoolisme, l'immunodépression, la prise de médicament anti-inflammatoire...

On distingue plusieurs stades de la pathologie. Pour le stade 1 dit phlegmasique, les symptômes sont représentés par une tuméfaction inflammatoire sans douleur nocturne ni signe régionaux ou locaux. Dans le stade 2 dit collecté, on observe une intensification des signes inflammatoires locaux, une douleur pulsatile insomniaque et une collection sous-cutanée avec tension des parties molles. Les signes généraux sont absents et les adénopathies ou trainées de lymphangite inconstantes (1-3).

Les IACPU peuvent prendre différentes formes cliniques. Elles peuvent être superficielles développées sur le pourtour de l'ongle ou profondes sous-cutanés (péri-unguéal, sous l'ongle ou pulpaire). Enfin les IACPU en bouton de chemise font communiquer la partie sous-cutanée et la partie cutanée. (1-3).

Les principales complications, liées à une négligence thérapeutique, sont locales (ostéo-arthrite), régionales (phlegmons des gaines, cellulite infectieuse) et systémique (septicémie) pouvant engager le pronostic vital et fonctionnel. (4-5)

C'est le plus souvent le médecin généraliste qui est en première ligne pour la prise en charge des ces pathologies. Il n'y a actuellement pas de consensus édité par les sociétés savantes ni de recommandations d'expert claires, et peu d'études dans la littérature. L'absence de consensus uniformisé entretient des décisions thérapeutiques empiriques. Une étude prospective récente réalisée au Centre de la Main d'Angers, centre de référence du Maine et Loire, a proposé une prise en charge médico-chirurgicale (6).

Le traitement médical, outre la vérification de la vaccination anti-tétanique, comprend lors du stade phlegmasique des soins antiseptiques pluriquotidiens, la prise d'antalgique et une surveillance évolutive sous 48h. Au stade collecté ou si il n'y a pas de résolution à ce délai et sous 48h de traitement médical bien conduit, un traitement chirurgical est indiqué. Il s'associe une analyse bactériologique systématique, une excision des tissus infectés et un lavage abondant. Une antibiothérapie est parfois nécessaire en cas de germes atypiques et agressifs ou d'antécédents médicaux fragilisants (AMF) (1-3;6-7). Elle a été jugée inutile depuis longtemps par certains auteurs, pourtant elle reste souvent prescrite et conseillé (8-10). Une prescription antibiotique inadaptée peut abâtarde une évolution vers une collection, retarder la prise en charge chirurgicale et exposer à d'éventuelles complications (2). De plus, l'émergence croissante de germes résistants doit nous questionner sur la place de l'antibiothérapie dans les pathologies infectieuses, véritable enjeu de santé publique (1).

Enfin, les médecins généralistes évoluent dans le cadre de soins primaires et doivent s'adapter au contexte de la consultation et aux particularités du patient.

Le premier objectif de cette étude est de faire état des pratiques en matière de prescription d'antiseptiques, d'antibiotiques et d'évaluer les éventuelles difficultés rencontrées dans la gestion des IACPU par les médecins généralistes du Maine et Loire. Le

deuxième objectif est de proposer une prise en charge simple et uniformisée, applicable facilement en pratique quotidienne.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative observationnelle descriptive par questionnaire d'une durée de deux mois.

2. Population

La population questionnée correspondait aux médecins généralistes inscrits au conseil de l'ordre du Maine-et-Loire.

3. Critères d'inclusion

Médecin généraliste

Activité libérale prédominante

Inscrits au conseil de l'ordre (ayant soutenu une thèse d'exercice)

Adresse mail valide

4. Critères d'exclusion

Médecin généraliste retraité n'exerçant plus d'activité libérale

Médecin généraliste avec activité salarié dans une structure hospitalière sans activité libérale

Médecin généraliste à exercice particulier exclusif

Médecin généraliste sans activité renseignée

Adresse mail non disponible

5. Création du questionnaire (Annexe)

Le questionnaire a été crée en ligne via google forms®. Il comportait 23 questions élaborées à partir d'une étude prospective du Centre de la Main d'Angers (6), structure de reference dans le Maine et Loire pour la prise en charge des IACPU. Il y avait deux parties distinctes comportant des questions à choix fermés sur la prise en charge d'une IACPU au stade inflammatoire puis au stade collecté. Il s'agissait d'évaluer la prise en charge des IACPU par le médecin généraliste en cabinet. Ont été évalués : la prescription d'antiseptique, d'antibiotique, la réalisation d'un prélèvement, le recours au spécialiste, le suivi de l'évolution et les éventuelles difficultés rencontrées dans la prise en charge des ces pathologies ainsi que les moyens d'y remédier. Une ultime question ouverte permettait de recueillir l'avis du répondant. La réponse était automatiquement anonymisée. Une barre d'avancement permettait d'indiquer le nombre de questions restantes. Le questionnaire a été testé avant diffusion.

6. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire, élaboré au format google forms®, a été diffusé à partir de listes d'adresses mails des médecins généralistes inscrit au conseil de l'ordre des médecins du Maine-et-Loire. Cette liste a été communiquée le 27 Février 2017 après approbation du président du conseil de l'ordre départemental. Le courriel présentait les objectifs de l'étude et un lien permettait d'accéder au questionnaire. Un premier envoi électronique a été réalisé du

14 Mars 2017 au 22 Mars 2017 puis une relance du 19 Avril 2017 au 27 Avril 2017 prolongeant l'étude d'un mois supplémentaire. L'envoi était limité par le nombre de courriels journalier par la messagerie Gmail®.

7. Recueil des données et analyse statistique

Les données étaient automatiquement recueillies à la validation du questionnaire par le répondant. Les résultats ont été exploités via un document Excel généré à la fin de la période de réponse. Les variables quantitatives étaient présentées sous forme d'effectifs et de pourcentage.

III. RÉSULTATS

1. Taux de réponses

Le 27 Février 2017, jour d'acceptation de la diffusion des adresses mail, il y avait 1553 médecins généralistes inscrit au conseil de l'ordre des médecins du Maine-et-Loire. Parmi eux 445 n'avaient pas d'adresses mail et 192 étaient retraités. Nous avons retenu 548 médecins libéraux installés et 99 remplaçants. Afin de garantir une activité prédominante de médecine générale libérale de soins primaires, ont été exclu ceux ayant comme activité renseignée les bénévoles (2), les hospitaliers (127), les salariés (123) et sans activité renseignée au conseil de l'ordre (17). Après un premier envoi du questionnaire, 19 adresses étaient introuvables et/ou le praticien avait répondu exercer une autre activité. Le questionnaire a donc effectivement été envoyé à 628 médecins généralistes du Maine-et-Loire.

Au terme des deux mois de l'étude, le taux de réponse était de 194 réponses sur 628 médecins généralistes interrogés soit 30,9%.

2. La prescription d'antiseptiques (figure n°1)

A. IACPU au stade Inflammatoire

La prescription d'antiseptiques était réalisée dans 95,9% des cas. Le Dakin® (Hypochlorate de sodium) était prescrit dans 67% des cas, devant la chlorhexidine® 34%, puis la Bétadine® (Povidone iodée) (16%), l'eau savonneuse et l'héxomédine trancutanée® (Héxamidine) 14% respectivement. L'alcool éthylique n'était quasiment pas utilisé (1,6%) dans cette indication.

B. IACPU au stade collecté

Le recours à l'antiseptique était moins systématique (78,9% des cas). Le Dakin® restait le plus prescrit avec 62% des cas suivi par la chlorhexidine® (31%), la bétadine® (25%), l'eau savonneuse (12%) et l'hexomédine® (11%). L'alcool éthylique restait très minoritaire (0,7%).

FIGURE N°1 : PRESCRIPTION D'ANTISEPTIQUES DANS LES IACPU

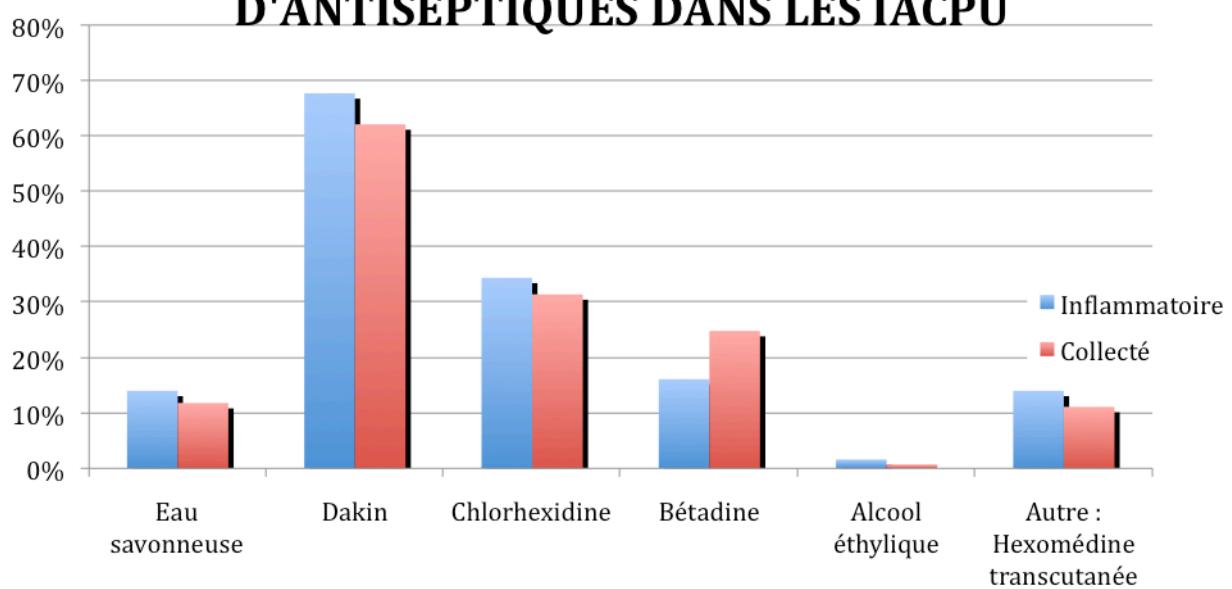


Figure n°1 : Prescription d'antiseptiques dans les IACPU

3. La prescription d'antibiotiques (figure n°2)

A. IACPU au stade inflammatoire

Les médecins ont eu recours à la prescription d'antibiotiques dans 23,7% des cas. La Pristinamycine (Pyostacine®) et l'Amoxicilline-Acide Clavulanique (Augmentin®) étaient employés dans 43,5% des prescriptions, la Cloxacilline (Orbenine®) 22% et l'Oxacilline (Bristopen®) 6,5%. L'Acide Fusidique (Fucidine®) en application locale était prescrite dans 37% des cas, loin devant la Mupirocine (Mupiderm®) (4%).

B. IACPU au stade collecté

Dans cette indication la prescription d'antibiotiques a augmenté à 59,3%. La Pristinamycine (62,5%) et l'Amoxicilline-Acide Clavulanique (54%) restaient les plus usités, devant la Cloxacilline (20%), l'Oxacilline (6%) et l'Amoxicilline seule (1,7%). L'Acide Fusidique en topique (20%) devançait la Mupirocine (1,7%).

**FIGURE N°2 : PRESCRIPTION
D'ANTIBIOTIQUES DANS LES IACPU**

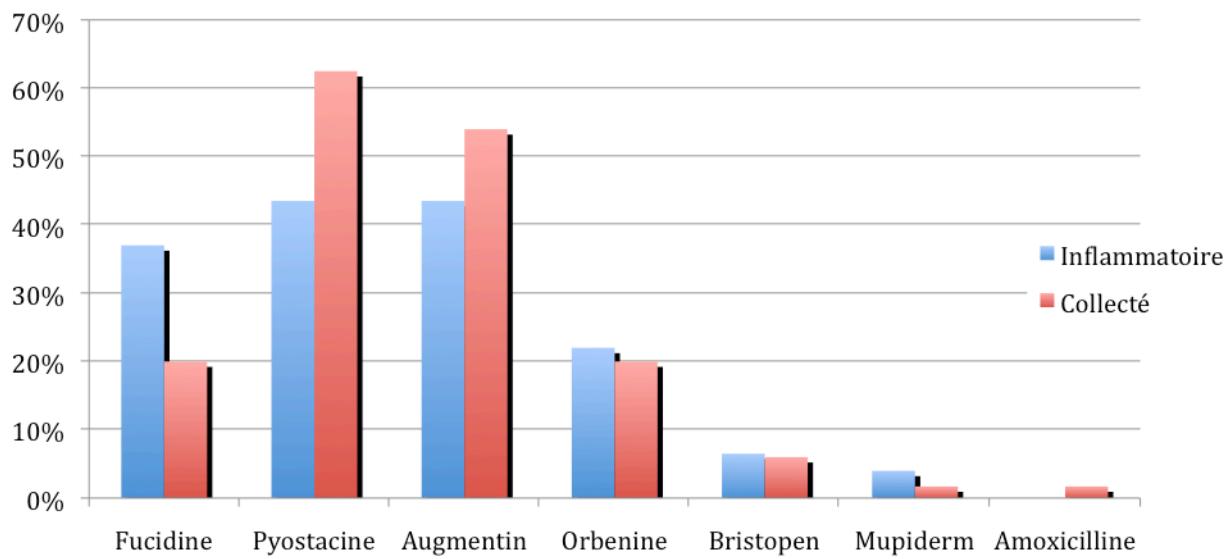


Figure n°2 : Prescription d'antibiotiques dans les IACPU

4. Avis spécialisé

Un avis spécialisé n'était sollicité par les médecins généralistes que dans 4,1% des cas face à une IACPU au stade inflammatoire alors qu'ils étaient 49% à y recourir au stade collecté.

5. Prélèvement local

Un prélèvement n'était pas réalisé par la quasi totalité des praticiens dans la situation inflammatoire (99%). Lors d'une collection, une incision était pratiquée dans près de la moitié des cas (47,9%). Un prélèvement était associé dans seulement 7,2% des cas et le traitement antibiotique était débuté sans attendre les résultats de celui-ci.

6. Délais de suivi

A. IACPU au stade inflammatoire (figure n°3)

Un patient présentant une IACPU au stade inflammatoire était reconvoqué dans plus de deux fois sur trois entre 48h (36,9%) et 72h (37,9%). Il n'était revu à 5 jours que dans 9,7% des cas et à une semaine dans 3,9% des cas. Une fois sur dix (9,7%) les médecins n'appelaient à reconsulter que si mauvaise évolution et très rarement de façon systématique dans les premières 24h (1,9%).

FIGURE N°3 : DELAIS DE SUIVI DES IACPU AU STADE INFLAMMATOIRE

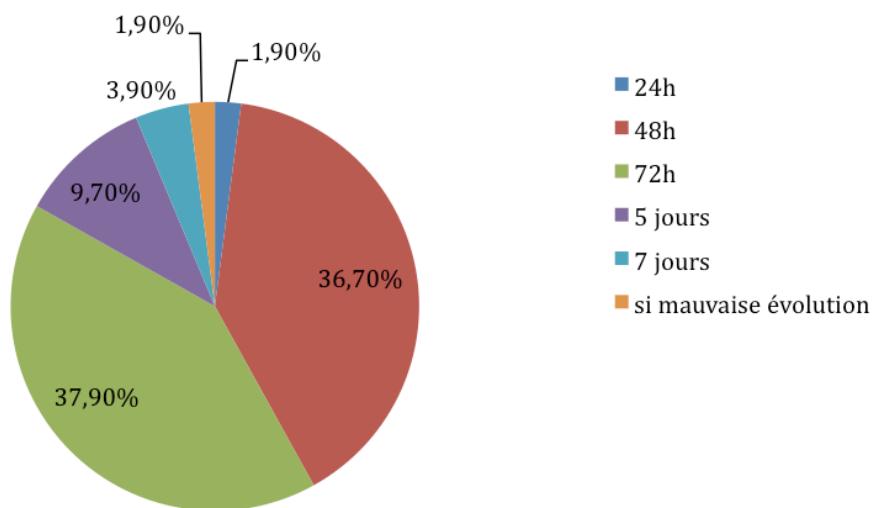


Figure n°3 Délais de suivi des IACPU au stade inflammatoire

B. IACPU au stade collecté (figure n°4)

Lorsque l'IACPU était collecté, le patient était revu en consultation dans près de la moitié des cas (47,9%) à 48h et pour 33,6% des cas à 72h. Ce délai était de 24h dans 5,9% des cas, de cinq jours (5%) et rarement d'une semaine (1,7%). Ce délai était fonction de la prise en charge spécialisée le cas échéant ou de la mauvaise évolution dans 5,9% des cas.

FIGURE N°4 : DELAIS DE SUIVI DES IACPU AU STADE COLLECTÉ

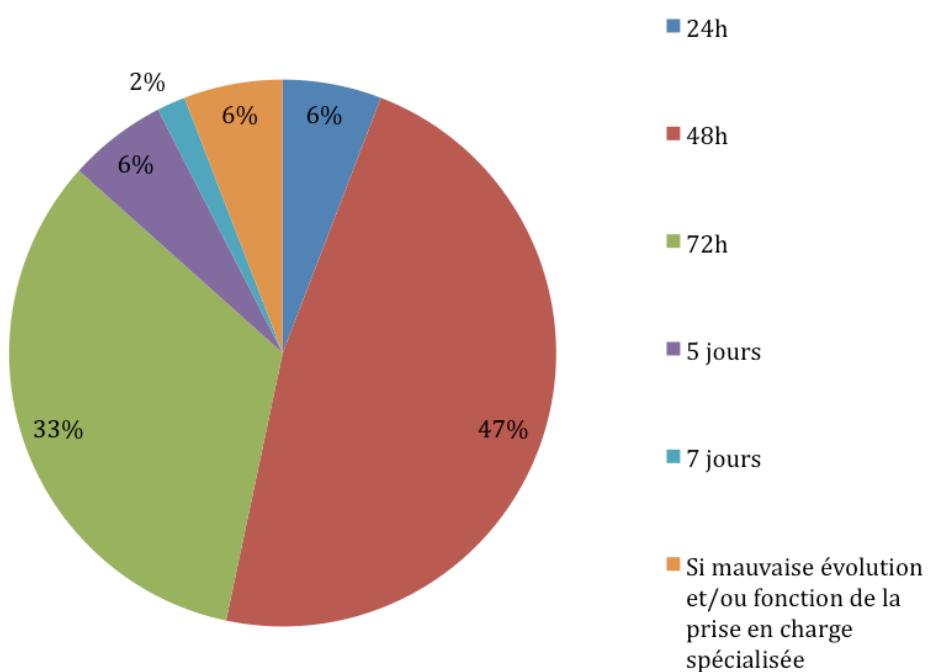


Figure n°4 : Définition de la figure et tableau de données pour les délais de suivi des IACPU au stade collecté

7. Difficultés rencontrées (figure n°5)

Les médecins généralistes éprouvaient parfois des difficultés lors de la prise en charge des IACPU tous stades confondus dans 77,8% des cas. Dix-sept pour cent d'entre eux n'avaient aucun problème dans la gestion et le traitement de ces pathologies alors que dans 5,2% des cas ces praticiens se déclaraient souvent en difficulté.

FIGURE N°5 : DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

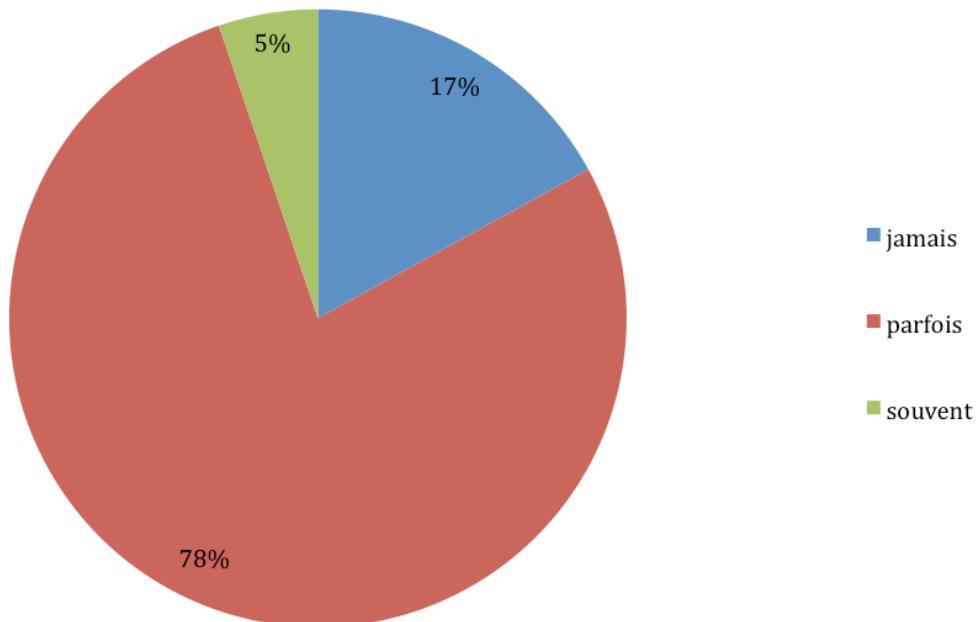


Figure n°5 : Difficultés rencontrées

8. Amélioration de la prise en charge

La prise en charge des IACPU pourrait être améliorée dans plus de deux tiers des cas (69,6%) selon les médecins généralistes. Une large majorité sollicitait la création de consensus (92,5%) ainsi que l'élaboration d'une formation médicale continue (28,4%) traitant de cette problématique. La nécessité d'une filière courte spécialisée sans recourir aux services d'accueil des urgences était évoquée une fois sur dix en vue d'une amélioration de la prise en charge.

IV. DISCUSSION

1. Les antiseptiques

La très grande majorité des médecins ayant répondu au questionnaire ont prescrit de façon systématique des antiseptiques. D'usage externe, les antiseptiques ne sont pas stérilisants. Ils ont la propriété d'éliminer ou de tuer les micro-organismes ou d'inactiver les virus sur des tissus vivants ; ils présentent donc une activité antibactérienne, antifongique et antivirale (11).

Le Dakin®, de la famille des halogénés chlorés et largement prescrit dans cette indication, intègre les antiseptiques majeurs. Il est bactéricide dès la première minute et possède un large spectre contre les germes GRAM positifs et négatifs, les mycobactéries, les virus nus et enveloppés ainsi que pour les levures, moisissures et spores ; comme la Biseptine® (halogénés iodés) (11). Les autres antiseptiques majeurs comme la Chlorhexidine® (biguanide) et l'alcool modifié sont essentiellement efficaces contre les GRAM positifs et négatifs (11). L'Hexomédine transcutané® de la famille des diamidines est active seulement sur les GRAM positifs et est indiqué comme antistaphylococcique. L'eau savonneuse permet d'éliminer une fraction de la flore cutanée par action mécanique lors du nettoyage (11).

Les principales contre indications sont relatives à l'utilisation de produits iodés lors d'intolérance, du deuxième et troisième trimestre de la grossesse et l'allaitement. Par ailleurs, l'alcool modifié ne doit pas s'appliquer sur les muqueuses et les plaies. (11) Le principal effet secondaire de ces antiseptiques est l'irritation cutanée voire la brûlure cutanée lors d'exposition prolongée (notamment pour la chlohexidine®, l'hexamidine® et le Dakin®)

et de rare eczéma allergique avec la chlorhexidine®. L'alcool potentialise les effets lorsqu'il est utilisé comme solvant lors d'association d'antiseptiques. De plus, il peut apparaître une résistance bactérienne aux antiseptiques pour certaines souches. Il est donc essentiel de respecter les règles d'utilisation en matière d'indication, de mode d'emploi et de durée de traitement. (12-13)

Outre la vérification d'une vaccination antitétanique et la prise d'une antalgie adaptée, les bains d'antiseptiques pluriquotidiens sont le premier traitement d'une IACPU. L'activité bactéricide des ces antiseptiques est obtenue entre une et deux minutes. Le temps de contact ne doit pas excéder deux minutes, renouveler trois fois par jour afin de garantir une efficacité sans s'exposer à une brûlure cutanée. (11-13)

2. Les antibiotiques

A. Place de l'antibiothérapie

Dans notre étude, près d'un quart (23,7%) des médecins généralistes ont eu recours à l'antibiothérapie au stade inflammatoire. Cette prescription était nettement inférieure comparativement à un travail de thèse réalisé en 2010 auprès des médecins généralistes du Cher où une antibiothérapie était débutée dans plus de trois cas sur quatre au même stade (14). La prescription a grimpé à 59,3% pour les IACPU au stade collecté. Celle-ci est conforme à la société de pathologie infectieuse de langue française PILLY 2010 (15). Par ailleurs, un outil fréquemment usité par les médecins généralistes pour l'aide à la prescription d'antibiotique en soins primaires « antibioclic » recommande un traitement anti-staphylococcique pour la prise en charge des IACPU en première intention (16).

Une évaluation des pratiques réalisée au sein de la Société Française de Chirurgie de la Main en 2014 relève une absence de prise en charge consensuelle de ses membres spécialistes avec une prescription antibiotique systématique post-opératoire importante et variable en fonction du contexte clinique (17).

En dehors d'AMF ou de complication, il n'est pas justifié de prescrire une antibiothérapie (6). Les AMF regroupent de façon non exhaustive le diabète, l'alcoolisme, la toxicomanie intraveineuse, l'immunodépression, la prise de médicaments anti-inflammatoires stéroïdiens ou non. (1-3). Certains répondants de l'étude ont mis en avant le manque de consensus, le caractère empirique et le délai de prise en charge spécialisée trop important. De plus, certaines recommandations sont en faveur d'une antibiothérapie à tous les stades (8-9 ;12). Une prescription antibiotique inadaptée peut abâtarde une évolution vers une collection, retarder la prise en charge chirurgicale et exposer à d'éventuelles complications (2).

Certains participants à l'étude ont pointé du doigt le véritable enjeu de santé publique lié à l'émergence de souche de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM). Ces germes nosocomiaux ou communautaires sont favorisés par certaines conditions : population carcérale, toxicomanie intraveineuse, VIH positif (1). Bach et al observaient un taux 73,1% de SARM chez des patients consultant pour une infection de la main corroborant les résultats de Young et al 3 ans plus tôt (63% de SARM pour une infection des parties molles) (18-19). Pierrart et al en retrouvaient deux sur quarante six en région parisienne (9) alors que la série de Rabarin et al n'en comportait pas (6) . Elle doit nous faire réfléchir sur la prescription d'une antibiothérapie de première intention, ce d'autant qu'au stade de collection seul un acte chirurgical adapté pourra guérir de l'infection (1). L'étude prospective de cent trois cas de Rabarin et al réalisée au Centre de la Main d'Angers corrobore les résultats de Pierrart et al. Ces études ont montré que les antibiotiques n'avaient pas leur place dans la prise en

charge des IACPU collectées non compliquées et sans AMF. Après excision chirurgicale complète des tissus infectés le taux de récidive était nulle (6;9). Seule une antibiothérapie probabiliste déjà débutée était poursuivie comme le préconisait Ebelin (2).

B. Spectre bactériologique

Les germes les plus souvent mis en cause sont commensaux ou pathogènes transitoires cutanés et oraux (20). L'infection de ces germes aérobies et anaérobies résultent d'une effraction cutanée fortuite (plaies négligées) ou provoquée (onychophagie, manucure, manipulation souillées (1-3). Dans 50% des cas, il s'agit du staphylococcus aureus sensible à la méthicilline (cocci GRAM positif) ainsi que des SARM. Puis suivent les infections à streptocoques et à flore polymicrobiennes. Parfois aucun germe n'est retrouvé en raison d'un traitement antibiotique préalable ou d'un milieu de culture inapproprié. Les autres pathogènes sont recensés dans le tableau I (1-3 ;6 ;20-21).

Tableau I : Agents pathogènes responsable d'une infection de la main
(D'après Ebelin)

Organisme	Nom	Particularités
Bactéries	<i>Staphylococcus aureus</i> (50 %)	Méthiciliné-sensible
		Méthiciliné-résistant : nosocomial ou communautaire (population carcérale, toxicomanes, patients VIH positif...)
	Streptocoque bêta-hémolytique (10 %)	Production enzymatique favorisant la diffusion tissulaire
	<i>Pasteurella multocida</i>	Après morsure animale (chat)
	<i>Streptococcus milleri</i>	Chez le sujet immunodéprimé
	Germes anaérobies	Principalement bacille à Gram positif
Virus	<i>Mycobactéries</i>	Infection d'évolution lente <i>Mycobacterium tuberculosis</i> <i>Mycobacterium marinum</i> (aquariophile, pêcheur, poissonnier, plongeur sous-marin, piscine)
	<i>Herpes</i>	Éruption vésiculo-pustuleuse (enfant, dentiste, infirmière, médecin)
	<i>Parapoxvirus</i>	Personne manipulant des animaux
Champignons	<i>Papillomavirus</i>	
	<i>Trichophyton</i> , <i>Microsporum</i> , <i>Épidermophyton</i>	Lésion superficielle de la peau et des ongles
	<i>Candida</i>	Panaris superficiel, infection profonde plutôt chez le patient immunodéprimé
	<i>Phialophora</i> , <i>Cladosporium</i> , <i>Wangiella</i> , <i>Exophiala</i> , <i>Fonsecaea</i>	Chromomycose
	<i>Sporotrichosis</i>	Infection sous-cutanée
	<i>Histoplasmosis</i> , <i>Blastomycosis</i> , <i>Coccidioidomycosis</i>	Infection profonde et systémique chez l'immunocompétent
	<i>Cryptococcus</i> et <i>Aspergillus</i>	Infection profonde et systémique chez l'immunodéprimé
<i>Mucormycosis</i>		
		Thrombose vasculaire et gangrène nécrosante après souillure d'une plaie par des éléments du sol ou de l'eau

C. Quelle antibiothérapie pour quels patients ?

L'antibiothérapie est indiquée quelque soit le stade des IACPU en cas d'AMF ou de complications locales, régionales ou systémiques. Ces comorbidités prédisposant aux infections doivent être recherchés lors de l'interrogatoire. Les complications seront explorées par une radiographie standard et/ou une échographie si besoin. Un examen clinique minutieux recherchera des signes généraux en cas de point d'appel systémique (1-3).

La Fucidine® et le Mupiderm® en application locale ont été sollicités par les répondants au questionnaire bien qu'il n'existe pas d'indication dans les stades d'IACPU. Ils

font l'objet de recommandation dans l'éradication du portage de staphylococcus aureus dans le cadre de la prévention des infections staphylococciques récidivantes et le traitement de la furonculose et l'impétigo (22).

Le Bristopen® per os a été retiré du marché en raison de sa faible biodisponibilité en Mai 2011 (23).

La Pristinamycine, l'Orbenine® et l'Augmentin®, largement plébiscités par les médecins généraliste dans notre étude, restent le traitement antibiotique de première intention à visée anti-satphylococcique pour la prise en charge des IACPU tous stades confondus associés aux AMF. A noter que seule la Pristinamycine est efficace si la bactérie en cause est un SARM (15-16).

3. Incision et prélèvement local

Dans notre questionnaire, près de la moitié des praticiens ont réalisé une incision dans le cas d'une IACPU collectée. Cette attitude est probablement en lien avec une rapidité d'exécution de l'acte en consultation sans avoir à recourir à une chirurgie. Pourtant une seule étude avec dix patients inclus rapporte une bonne évolution après drainage simple à l'aiguille et une antibiothérapie orale (24). Le traitement chirurgical des IACPU collectées est, depuis longtemps pour certains auteurs, une large excision des tissus infectés, l'évacuation de toutes collections et un lavage très abondant (4-5 ;8). L'ablation de la tablette est parfois nécessaire en cas de diffusion sous unguéale (6;9). Un prélèvement bactériologique était réalisé dans seulement 7,2% des cas par les médecins de notre étude. Selon notre opinion, il doit être réalisé de façon systématique lors d'une IACPU au stade collecté. Il permet d'adapter le cas échéant l'antibiothérapie et de rechercher d'éventuelles souches résistantes.

4. Avis spécialisé

C'est cette question qui suscite le plus de commentaires libres où la moitié des répondants ont sollicité un spécialiste lors d'une IACPU collectée. Un praticien a rapporté « La question de l'avis spécialisé est fréquente mais difficile à obtenir en ambulatoire hors passage par les urgences et c'est bien dommage ». C'est le cœur de cette question. La prise en charge des IACPU au stade collecté implique un acte chirurgical non réalisable en consultation de médecine générale mais ne doit pas encombrer un service d'accueil des urgences générales. Il apparaît nécessaire de développer une relation privilégiée ville-hôpital pour une prise en charge rapide « fast track » en consultations d'urgences dédiées. L'unité de chirurgie de la main doit assurer continuité et permanence des soins via un numéro de téléphone connu dans le cadre de l'appartenance au réseau de la Fédération Européenne des Services Urgences Main (FESUM) (25). Rabarin et al (6) valide un protocole de prise en charge standardisé où l'intervention est réalisée en salle de consultation d'urgence, sous anesthésie digitale, sous loupe et avec un garrot digital. Une check liste recense les données administratives du patient, les comorbidités, les facteurs favorisants, la forme clinique, le début de l'infection, les traitements réalisés, la douleur, les germes microbiologiques et la mise en place ou la poursuite d'un traitement antibiotique. Cette prise en charge objective un très bon indice de satisfaction de la part des patients. Pour ce type de pathologie et par soucis d'économie de santé La chirurgie ambulatoire va devenir la norme (26-27).

5. Suivi

Dans notre étude les patients étaient revus en consultation de suivi entre 48h et 72h dans plus de deux tiers des cas, ce qui est très bien. Au stade inflammatoire, c'est la surveillance rapprochée, associée à des soins locaux, qui est la clé d'une prise en charge optimale. L'évolution doit tendre vers une franche amélioration voire une quasi-guérison au bout de 48h, autorisant la poursuite du traitement médical pour une durée de 8 jours (1). Au stade collecté et après excision des tissus infectés, le premier pansement est réalisé à une semaine, ce qui permet de sécuriser l'évolution et de modifier éventuellement le traitement en fonction du résultat de l'antibiogramme (6). La bonne compréhension des signes cliniques devant motiver un appel doivent être expliqués oralement avec remise d'un document écrit si besoin à tous les stades des IACPU comme l'ont soulevé plusieurs participants. Ces éléments de surveillance comprennent l'apparition de fièvre, d'une lymphangite et d'une douleur pulsatile insomniaque résistante aux antalgiques.

6. Difficultés rencontrées et amélioration de la prise en charge.

Dans notre étude, 77,8% étaient à éprouver parfois des difficultés et 5,2% l'étaient souvent dans la gestion des ces pathologies. Dix-sept pour cent d'entre eux n'ont fait état d'aucun problème. L'accès à un spécialiste et une filière courte dédiée permet d'y remédier en parti comme nous l'avons vu précédemment. Cette optimisation de la prise en charge, comme l'ont souhaité près de 70% des médecins interrogés, passe également par la création de recommandations simples et facilement applicables en pratique quotidienne. Parmi eux plus de neuf médecins sur dix ont sollicité la création de consensus et près d'un tiers

l'élaboration d'une formation médicale continue (FMC). Les nombreux commentaires libres y attestait « manque de consensus clairs » ou « la prise en charge est pratiquement uniquement le fruit de l'expérience (bonne et mauvaise) ainsi que d'échanges professionnels avec les chirurgiens de la main et pas de la formation initiale. Une FMC avec les règles de bonne conduite me paraît indispensable à créer ». Ce travail de thèse a pour objectif d'y répondre.

7. Contexte de soins primaires

Le médecin généraliste intervient dans un contexte de soins primaires comme le rappelle ce médecin en commentaire libre « le contexte (social, professionnel, psychologique) est important en soins primaires et influence les prise de décisions ». Le médecin généraliste est confronté dans son exercice quotidien à des troubles de santé correspondant rarement au tableau complet d'une pathologie. Il est amené à prendre des décisions dans un temps court avec des moyens diagnostiques limités. L'incertitude diagnostique (70% des consultations sont des situations non caractéristiques d'une maladie) est constitutive de l'exercice de médecine générale (28).

Selon le sablier de Boisnault, à la démarche diagnostique fait suite la démarche décisionnelle. En premier lieu, le praticien réalise un recueil sémiologique, dénomme la situation clinique et évalue les diagnostics potentiellement graves à éliminer rapidement. Puis en tenant compte des éléments environnementaux lié aux caractéristiques du patient, du médecin et conjoncturels, il négocie des décisions adaptées. Il possède une marge de négociation, appelé espace de liberté, pour s'accorder sur un acceptable commun entre le souhaitable du médecin et le possible du patient (28-29). La création de recommandation de

prise en charge d'une pathologie intervient de façon partielle dans une vision plus globale de prise en charge d'un omnipraticien.

8. Limites et perspectives

Par commodité le questionnaire a été réalisé en ligne. Au terme de l'étude le taux de réponse était de 30,9% soit 194 répondants sur 628 médecins interrogés. Ce taux de réponse est très satisfaisant. En 2004, une étude évaluant l'efficacité des sondages sur internet objectivait un taux de retour moyen de 9,8% (30). Une majorité des répondants ont manifesté leur intérêt quant aux résultats de notre étude et des recommandations. Ce taux de réponse important peut être expliqué par l'utilisation d'un formulaire d'une vingtaine de questions à forte prédominance de réponses à choix fermés et l'intérêt porté au sujet. En contre partie ceci induit un biais de recueil de données ou les listes de réponses sont non exhaustives. Il s'associe un biais d'étude déclarative ou les réponses restent soumises à la subjectivité des médecins. De plus ce type de questionnaire entraîne un biais de sélection où les médecins les plus motivés ont accepté d'y répondre.

Malgré la définition de critère d'exclusion et d'inclusion au préalable, la représentativité de l'échantillon peut être mis à mal par l'absence de critères de représentativité afin d'alléger le questionnaire. Notre étude est descriptive et n'étudie pas l'utilité ou non de l'antibiothérapie dans la prise en charge des panaris. Seul des essais thérapeutiques permettraient de valider scientifiquement ces pratiques. Par ailleurs, une enquête plus ouverte sur les critères de prescription d'antibiotique et d'avis chirurgical en fonction de la zone d'exercice et la proximité avec un service FESUM pourrait être intéressant lors de travaux ultérieurs.

9. Proposition de prise en charge des IACPU (Tableau II)

PRISE EN CHARGE DES IACPU

- Vérification de la vaccination antitétanique.
- Recherche d'antécédents médicaux fragilisants : Diabète, alcoolisme, immunodépression, prise de médicaments anti-inflammatoire.
- Recherche de facteur de risque de germes résistants : toxicomanie intraveineuse, population carcérale, VIH positif.
- Recherche de facteurs favorisants : plaie négligée, onychophagie, manucure et manipulations souillés.
- Recherche de complications infectieuses tendineuses, articulaires ou systémiques.
- Informer l'employeur et la médecine du travail si contact avec des produits alimentaires.

IACPU inflammatoire

- antalgiques adaptés (paracétamol).
- bains d'antiseptiques deux minutes trois fois par jour.
- Surveillance quotidienne par le patient, une franche amélioration de la symptomatologie à 48h autorisant la poursuite du traitement pendant huit jours. L'apparition d'une fièvre, une lymphangite ou une douleur pulsatile insomniaque résistante aux antalgiques devant motiver une consultation en urgence.

IACPU collecté

- Avis spécialisé en consultation d'urgence dédiée si collection, complications ou absence d'amélioration 48h après un traitement médical bien conduit pour mise à plat de la collection, excision des tissus infectés et prélèvement bactériologique.
- Consultation de suivi à une semaine avec le chirurgien pour réfection du pansement. Adaptation de l'antibiothérapie, le cas échéant, selon le résultat de l'antibiogramme.

Antibiothérapie antistaphylococcique en cas d'antécédents médicaux fragilisants :

- Pristinamycine per os 1 g deux à trois fois par jour pendant sept à dix jours. *Seul traitement antibiotique efficace si la bactérie en cause est un SARM.*
- Ou Cloxacilline per os 50 mg/Kg/J (sans dépasser 4 grammes par jour) en trois prises quotidiennes pendant sept à dix jours.
- Amoxicilline –Acide Clavulanique per os 1 g trois fois par jour pendant sept à dix jours.

V. CONCLUSION

Les IACPU sont les infections des mains les plus fréquentes ou les médecins généralistes jouent un rôle essentiel. Ils apparaissent parfois en difficulté dans la prise en charge de cette pathologie. Les antiseptiques, premier traitement médical, sont soumis à des règles de prescription afin de garantir une efficacité bactéricide sans s'exposer à des effets secondaires. La place de l'antibiothérapie doit être mesurée face à l'émergence de germes résistants, véritable enjeu de santé publique. En dehors d'AMF ou de complications, le traitement antibiotique ne semble pas utile. Toutes prescriptions d'antibiotiques, le cas échéant, sera réévaluées en fonction de l'évolution et des résultats de l'antibiogramme. Il est nécessaire d'encourager une relation privilégiée ville-hôpital pour améliorer la prise en charge spécialisée en consultation dédiée à tous les stades du panaris.

Les médecins généralistes sollicitent l'édification de consensus et la création de formations médicales continues traitant de cette pathologie. Ce travail fournit un support accessible afin de faciliter la prise de décision du médecin généraliste dans la gestion d'un patient présentant une IACPU.

BIBLIOGRAPHIE

1. Schiele P, Le Nen D. Infections de la main. *Rev Prat* 2013;63:1247-52.
2. Ebelin M, Roulot E. Infections de la main et des doigts. *Rev Rhum* 2001 ;68 :520-9.
3. Duhard E. Paronychia *Presse Med*. 2014 Nov ;43(11) :1216-22.
4. Jebson PJ. Infections of the fingertip. Paronychias and felons. *Hand Clin*. 1998 Nov ;14(4) :547-55.
5. Franko OI, Abrams RA. Hand Infections. *Ortho Clin North Am* 2013 ;44 :625-34.
6. F. Rabarin, J. Jeudy, B. Cesari, A. Petit, N. Bigorre, Y. Saint-Cast, P.-A. Fouque, G. Raimbeau, Acute finger-tip infection: Management and treatment. A 103-case series, *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 2017.
7. Ameli.fr. Panaris. Mise à jour le 4 Avril 2017. (En ligne) disponible sur : <https://www.ameli.fr/mainet-loire/assure/sante/themes/panaris> (consulté le 29 Avril 2017).
8. Vilain R, Leviet D, Miltz, Dardour JP, Bzouwski A, Latouche X. PAronychia, the général parctitioner, the surgeon and antibiotucs. *Nouv Presse Med*. 1978 Jun 17 ;7(24) :2161-3.
9. Pierrart J, Delgrande D, Mamane W, Tordjman D, Masmejean EH. Acute félon and paronychia : Antibiotics not necessary after surgical treatment. Prospective study of 46 patients. *Hand Surg Rehabil*. 2016 Feb ;35(1) :40-3.
10. Tosti R, IIyas AM. Empiric antibiotics for acute infections of the hand. *J Hand Surg* 2010 ;35A :125-128.
11. Sébastien Faure, Antiseptiques, *Actualités Pharmaceutiques*, Volume 49, Issue 494, 2010, Pages 45-48.
12. Barbaud A et al. Allergie de contact aux antiseptiques : 75 cas analysé par le réseau Revidal de dermatovo-allergovigilance. *Ann Dermatol Venereol*. 2005; 132: 962-5.
13. Vaillant L. Les antiseptiques, c'est pas automatique... *Ann Dermatol Venereol*. 2005; 132: 949-52.
14. E. Fourtillan, V. Tauveron, R. Binois, A.-M. Lehr-Drylewicz, L. Machet, Traitements des infections cutanées bactériennes superficielles. Enquête auprès des médecins généralistes du Cher, *Annales de Dermatologie et de Vénérérologie*, Volume 140, Issue 12, 2013, Pages 755-762.
15. CMIT. Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques. In : *Maladies Infectieuses et Tropicales*. E. PILLY 2010.
16. Antibioclic. Panaris. Mise à jour le 25 Décembre 2014. (En ligne) disponible sur : <http://antibioclic.com/strategie/108/733> (consulté le 29 Avril 2017).
17. Damien Delgrande, Jérôme Pierrart, William Mamane, Daniel Tordjman, Emmanuel Masmejean, Panaris et antibiothérapie postopératoire : évaluation des pratiques, *Chirurgie de la Main*, Volume 33, Issue 6, 2014, Page 420.
18. Bach HG, Steffin B, Chhadia AM, Kovachevich R, Gonzalez MH. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* hand infections in an urban setting. *J Hand Surg Am*. 2007 Mar ;32(3) :380-3.

19. Young DM, Harris HW, Charlebois ED, Chambers H, Campbell A, Perdreau-Remington F, et al. An epidemic of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* soft tissue infections among medically underserved patients. *Arch Surg* 2004;139(9) 947-951.
20. Brook I. Paronychia : a mixed infection. *Microbiology and management J Hand Surg Br.* 1993 Jun ;18(3) :358-9.
21. Houshian S, Seyedipour S, Wedderkopp N. Epidemiology of bacterial Hand infections international Journal of infectious Diseases (2006) 10, 315-19.
22. AFSSAPS. Prescription des antibiotiques par voie locale dans les infections cutanées bactériennes primitives et secondaires. Recommandation. Juillet 2004.
23. AFSSAPS. Information sur la réévaluation des pénicillines du groupe M : oxacilline et cloxacilline. Mai 2011.
24. Ogunlusi JD, Ogini LM, Ogunlusi OO. DAREJD simple technique of draining acute paronychia. *Tech Hand Up Extrem Surg.* 2005 Jun ;9(2) :120-1.
25. Guy Raimbeau, Contraintes et réalité de l'unité de chirurgie de la main, *Chirurgie de la Main*, Volume 26, Issue 4, 2007, Pages 177-179.
26. G Raimbeau, Coûts des urgences mains, *Chirurgie de la Main*, Volume 22, Issue 5, 2003, Pages 258-263.
27. Guy Raimbeau. Développement et limites de la chirurgie ambulatoire, *Conférences d'enseignement* 2009, Pages 256-266.
28. Société Française de médecine générale. La démarche médicale en médecine générale (en ligne) (consulté le 17 Juin 2017) disponible sur :
http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_home/3/fichier_demarche-medicale-en-mgd28c9.pdf
29. Bloy, G. (2008). L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. *Sciences sociales et santé*, vol. 26,(1), 67-91.
30. Ganassali S, Moscarola J. Protocoles d'enquête et efficacité des sondages par Internet. *Décisions Mark.* 2004 ; (33) : 63-75.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Prescription d'antiseptiques dans les IACPU	10
Figure 2 : Prescription d'antibiotiques dans les IACPU	11
Figure 3 : Délais de suivi des IACPU au stade inflammatoire	13
Figure 4 : Délais de suivi des IACPU au stade collecté	14
Figure 5 : Difficultés rencontrées.....	15

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Agents pathogènes responsable d'une infection de la main (d'après Ebelin)	20
Tableau II : Proposition de prise en charge des IACPU	26

TABLE DES MATIÈRES

RESUME.....	1
I. INTRODUCTION.....	2
II. MATERIEL ET METHODES.....	5
1. Type d'étude.....	5
2. Population.....	5
3. Critères d'inclusion.....	5
4. Critères d'exclusion.....	5
5. Création du questionnaire.....	6
6. Diffusion du questionnaire.....	6
7. Recueil des données et analyse statistique.....	7
III. RESULTATS.....	8
1. Taux de réponse.....	8
2. La prescription d'antiseptiques.....	9
2.A. IACPU au stade inflammatoire.....	9
2.B. IACPU au stade collecté.....	9
3. La prescription d'antibiotiques.....	10
3.A. IACPU au stade inflammatoire.....	10
3.B. IACPU au stade collecté.....	11
4. Avis spécialisé.....	11
5. Prélèvement local.....	12
6. Délais de suivi.....	12
6.A. IACPU au stade inflammatoire.....	12
6.B. IACPU au stade collecté.....	13
7. Difficultés rencontrées.....	14
8. Amélioration de la prise en charge.....	15
IV. DISCUSSION.....	16
1. Les antiseptiques.....	16
2. Les antibiotiques.....	17
2.A. Place de l'antibiothérapie.....	17
2.B. Spectre bactériologique.....	19
2.C. Quelle antibiothérapie pour quels patients.....	20
3. Incision et prélèvement local.....	21
4. Avis spécialisé.....	22
5. Suivi.....	23
6. Difficultés rencontrées et amélioration de la prise en charge.....	23
7. Contexte de soins primaires.....	24
8. Limites et perspectives.....	25
9. Proposition de prise en charge des IACPU.....	26
V. CONCLUSION.....	27
BIBLIOGRAPHIE.....	28
LISTE DES FIGURES.....	30
LISTE DES TABLEAUX.....	31
TABLE DES MATIERES.....	32
ANNEXES.....	I

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes.....	I
Annexe 2 : Courrier adressé aux médecins généralistes.....	VIII

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

Enquête auprès des médecins généralistes du Maine et Loire sur la prise en charge des panaris.

**Vous prenez en charge un patient présentant un panaris
au stade inflammatoire.**



1. Prescrivez-vous des antiseptiques? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 3.*

2. Le(s)quel(s)?

Plusieurs réponses possibles.

- Eau savonneuse
- Dakin (hypochlorate de sodium)
- Chlorhexidine
- Bétadine (povidone iodée)
- Alcool éthylique
- Autre :

3. Prescrivez-vous des antibiotiques? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 5.*

4. Le(s)quel(s)?

Plusieurs réponses possibles.

- Fucidine (Acide fusidique) par voie locale
- Pyostacine (Pristinamycine)
- Augmentin (Amoxicilline - Acide Clavulanique)
- Orbenine (Cloxacilline)
- Bristopen (Oxacilline)
- Autre :

5. Demandez-vous un avis spécialisé? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

6. Effectuez-vous un prélèvement local? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 8.*

7. Attendez-vous le résultat du prélèvement pour traiter?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

8. Revoyez-vous le patient? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 10.*

9. Dans quels délais?

Une seule réponse possible.

- 24h
- 48h
- 72h
- 5 jours
- 7 jours
- Autre :

Vous prenez en charge un patient présentant un panaris au stade collecté



10. Prescrivez-vous des antiseptiques? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 12.*

11. Le(s)quel(s)?

Plusieurs réponses possibles.

- Eau savonneuse
- Dakin (hypochlorate de sodium)
- Chlorhexidine
- Bétadine (povidone iodée)
- Alcool éthylique
- Autre :

12. Prescrivez-vous des antibiotiques? *

Une seule réponse possible.

Oui
 Non *Passez à la question 14.*

13. Le(s)quel(s)?

Plusieurs réponses possibles.

Fucidine (Acide fusidique) par voie locale
 Pyostacine (Pristinamycine)
 Augmentin (Amoxicilline - Acide Clavulanique)
 Orbenine (Cloxacilline)
 Bristopen (Oxacilline)
 Autre :

14. Demandez-vous un avis spécialisé? *

Une seule réponse possible.

Oui
 Non

15. Réalisez-vous une incision? *

Une seule réponse possible.

Oui
 Non

16. Effectuez-vous un prélèvement local? *

Une seule réponse possible.

Oui
 Non *Passez à la question 18.*

17. Attendez-vous le résultat du prélèvement pour traiter?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

18. Revoyez-vous le patient? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 20.*

17. Dans quels délais?

Une seule réponse possible.

- 24h
- 48h
- 72h
- 5 jours
- 7 jours
- Autre :

18. Eprouvez-vous des difficultés sur la prise en charge des panaris?

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

19. D'après vous pourrait-on améliorer la prise en charge des panaris? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passez à la question 23.*

20. De quelle façon?

Plusieurs réponses possibles.

- Par des FMC traitant la question
- Par la création de consensus simple à appliquer dans la vie quotidienne
- Autre :

21. Votre avis m'intéresse !

.....
.....

Annexe 2 : Courrier adressé aux médecins généralistes

Guillaume-Alexandre Pottier
guialex.pottier@gmail.com

Angers le 8 Mars 2017

Chers Confrères,

Les infections aigues du complexe pulpo-unguéal regroupant les panaris sont des pathologies cutanées infectieuses couramment rencontrées en médecine générale. C'est le plus souvent le médecin généraliste qui est en première ligne pour la prise en charge de ces pathologies. Il n'y a actuellement pas de consensus édité par les sociétés savantes ni de recommandations d'expert claires, et peu d'études dans la littérature.

Je réalise, dans le cadre de ma thèse de médecine générale, sous la direction du Dr Fabrice Rabarin et en collaboration avec le Centre de la Main d'Angers, une enquête auprès des médecins généralistes du Maine-et-Loire sur la prise en charge des panaris. Cette étude veut faire état des pratiques en matière de prescription d'antiseptiques, d'antibiotiques et d'évaluer les éventuelles difficultés rencontrées dans la gestion de ces pathologies.

Le but de ce travail est de rédiger une prise en charge simple et uniformisée, applicable facilement en pratique quotidienne, où la question de l'antibiothérapie doit se poser devant l'émergence croissante de germes résistants. Cette enquête est donc un préalable essentiel.

Je vous remercie pour le temps que vous consacrerez, environ 5 minutes, à répondre à ce questionnaire anonyme constitué en grande partie de questions à choix fermées. Le délai de réponse est d'un mois avec une relance à la fin de celui-ci prolongeant l'enquête d'un mois supplémentaire. Si vous souhaitez que je vous fasse parvenir par e-mail les conclusions de l'enquête et de la thèse, merci de me le faire savoir en m'écrivant à l'adresse suivante guialex.pottier@gmail.com.

Confraternellement,

Guillaume-Alexandre Pottier

POTTIER Guillaume-Alexandre

Prise en charge des infections aigues du complexe pulpo-unguéal par les médecins généralistes dans le Maine-et-Loire : état des lieux et conduite à tenir.

INTRODUCTION : Les infections aigues du complexe pulpo-unguéal (IACPU) sont des pathologies cutanées infectieuses fréquemment rencontrées en médecine générale. Il n'y a actuellement pas de recommandations pour la prise en charge médico-chirurgicale. L'objectif de cette étude est de faire état des prescriptions d'antiseptiques, d'antibiotiques, des difficultés rencontrées chez les médecins généralistes et de proposer un consensus.

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive, évaluant les pratiques de prise en charge des IACPU par les médecins généralistes dans le Maine et Loire, réalisée via un questionnaire en ligne.

RÉSULTATS : Cent quatre vingt quatorze réponses ont été étudiées soit 30,9% des médecins interrogés. La prescription d'antiseptiques était réalisée dans 95,6% des cas au stade inflammatoire et 78,9% des cas au stade collecté. Les praticiens ont eu recours à une antibiothérapie dans 23,7% des cas au stade inflammatoire et 59,3% des cas au stade collecté. La Pristinamycine et l'Amoxicilin-Acide Clavulanique étaient les plus usités tous stades confondus. Pour 77,8% des médecins, des difficultés étaient éprouvées dans la gestion de ces pathologies, notamment pour l'accès à un spécialiste et le manque de protocole de prise en charge.

DISCUSSION : Premier traitement des IACPU, l'antiseptie est soumis à des règles d'utilisation pour assurer une bactéricidie efficace sans s'exposer à des effets secondaires. La place de l'antibiothérapie doit être mesurée face à l'émergence de souches résistantes et est indiquée dans le cadre d'antécédents médicaux fragilisants après prélèvement bactériologique. L'optimisation de la prise en charge passe par la création de recommandations facilement applicables en pratique quotidienne et la nécessité d'une filière courte spécialisée ville-hôpital.

CONCLUSION : Ce travail fournit un support accessible afin de faciliter la prise de décision du médecin généraliste face à un patient présentant une IACPU dans un contexte de soins primaires.

Mots-clés : panaris ; infections aigues du complexe pulpo-unguéal ; médecin généraliste ; recommandations ; antibiothérapie

Medical care of the acute fingertips infections by general practitioners in Maine-et-Loire :state of play and actions to be taken

INTRODUCTION: Acute fingertips infections (AFTI) are infectious skin diseases frequently encountered in general practice. There are currently no recommendations for medico-surgical management. The objective of this study is to report the prescriptions of antiseptics, of antibiotics, the difficulties encountered by general practitioners and to propose a consensus.

MATERIALS AND METHODS: This was a quantitative descriptive study, evaluating the practices of AFTI management by general practitioners in the Maine-et-Loire, carried out via an online questionnaire.

RESULTS: One hundred and ninety four responses were studied, representing 30.9% of the doctors surveyed. The prescription of antiseptics was performed in 95.6% of the cases at the inflammatory stage and 78.9% of the cases at the collected stage. The practitioners used antibiotic therapy in 23.7% of the cases in the inflammatory stage and 59.3% of the cases in the collected stage. Pristinamycin and Amoxicillin-Clavulanic Acid were the most commonly used in all stages. For 77.8% of physicians, difficulties were experienced in the management of these pathologies, in particular for the access to a specialist and the lack of treatment protocol.

DISCUSSION: First treatment of AFTI, antiseptic is subject to rules of use to ensure effective bactericidal without exposure to side effects. The place of antibiotic therapy must be measured against the emergence of resistant strains and is indicated in the context of fragile medical history after bacteriological sampling. Easily applicable recommendations for everyday practice and specialized hospitals are needed to optimize treatment.

CONCLUSION: This work provides accessible support to facilitate the decision-making of the general practitioner in relation to a patient presenting an AFTI in a primary care setting.

Keywords: felon; acute fingertips infections; general practitioners; recommandations; antibiotic