


Un panaris qui tourne mal



L'anamnèse

- Patiente de 16 ans, lycéenne, réaction cutanée modérée à la pénicilline, vit chez ses parents, chien depuis 3 semaines à domicile
- 15js auparavant, panaris des 2 majeurs avec traitement par FUCIDINE locale et PO (7js)
- Apparition d'une lésion abcédée cutanée en regard de la hanche droite à type de nodule enchâssé inflammatoire puis abcédation
- Apparition rapide de 25 lésions identiques disséminées et fièvre à 38,5°

A l'admission

- Lésions centimétriques, inflammatoires, nodulaires parfois abcédées disséminées
- 2 majeurs très inflammatoires
- 14000 PNN, CRP 86
- ECBU stérile
- Rx Thorax normale

A l'admission: aspect des lésions



Hypothèses

- Suspicion d'infection à Staphylocoque: prélèvement local des lésions, dépistage d'un portage nasal, aisselle, périnée
- Réaction à la Fucidine mais très peu fréquent à priori, et présence d'un syndrome inflammatoire avec hyperleucocytose sans hyperéosinophilie et persistance des lésions de panaris.

Traitement et évolution

- Début d'une antibiothérapie par Pyostacine
- Bain de Dakin des 2 majeurs, et douches à la Bétadine
- Amélioration rapide des lésions, apyréxie, diminution du syndrome inflammatoire

Epilogue

- Prélèvements locaux: *Staph aureus* métiR, R à la Fucidine, l'Amiklin et aux cyclines; S aux quinolones, MLS, Bactrim et Rifadine
- 2ème dépistage nasal positif au même germe
- Recherche de toxine de Panton-Valentine: positive....

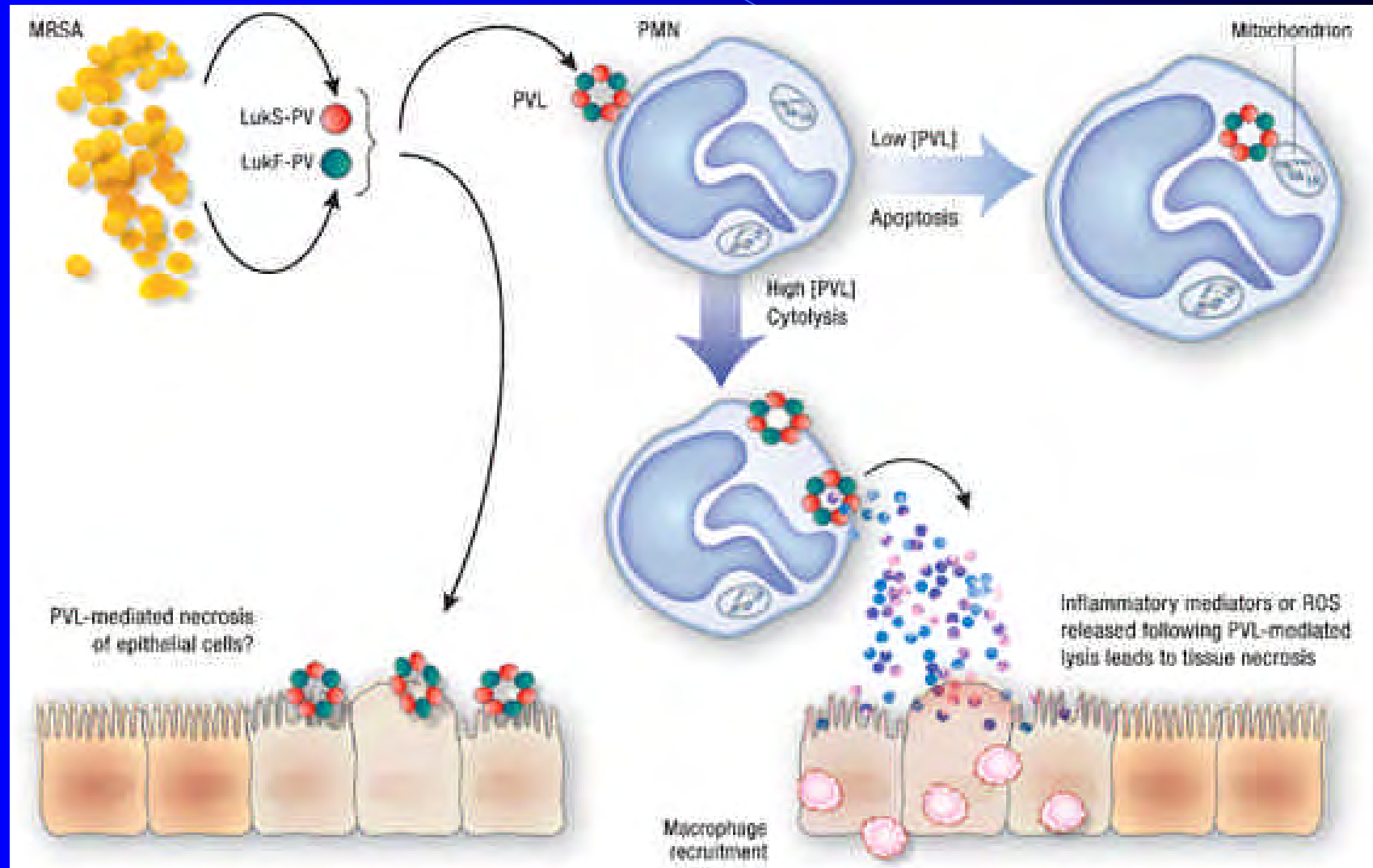
Staphylocoque PVL

- Association avec des abcès sévères mise en évidence par Panton et Valentine en 1934
- Leucocidine responsable de la lyse des polynucléaires mise en évidence en 1984
- Sensibilité aux antibiotiques:
 - R: kana, ac fusidique (ou I), variable pour l'oxacilline
 - S: quinolones, variable pour les MLS, et habituellement aux autres antibiotiques

Staphylocoque PVL

- Moins de 2% des Staphylocoques
- Impliqués dans une bonne partie des infections à SARM Communautaires
- Épidémies dans prison, équipes de foot, armée, saunas. Taux d'attaque 10 à 70% ...
- Responsable le plus souvent d'infections cutanées (furonculoses chroniques avec jusqu'à 90% de PVL (+érythémateux, +nombreux, +jeunes)), et plus rarement de pneumonies nécrosantes.

Physiopathologie



Thérapeutique

- Traitement mal codifié, problématique en probabiliste pour les SARM
- L'oxacilline et les bêta-lactamines augmentent, la vanco ne modifie pas, la clinda et le linézolide diminuent la production de PVL
- Atb initiale pendant 10 à 14js, probablement clinda si possible voire linézolide...

Portage

- 20 à 30% de porteurs de Staph en ville, 1% de porteurs de SARM...
- Chez les porteurs permanents ou intermittents, 100% de portage nasal
- Savoir répéter le dépistage (délai?)
- Décontamination: →qui? tous les contacts si possible (voire les chiens...)
→quoi? mupirocine (résistance, récurrence) associée aux bains de chlorexidine, asso parfois à la clinda + rifam ou rifam + doxy (7js)

Le Staphylocoque PVL...

