Abcès chaud

Objectifs :

1. Définir un abcès chaud
2. Citer les signes cardinaux de l'abcès chaud
3. Décrire 3 formes cliniques de l'abcès chaud
4. Enoncer les mesures de préventions

1) Définition : c'est une collection purulente aigue ayant pour caractère d'être localisée et enfermée dans une cavité néoformée.

2) Etiologie : inoculation septique sous cutanée par exemple : piqure intramusculaire ou sous cutanée sans souci d'asepsie.

Les infections siègent à la fosse ; parfois à la cuisse.

Le germe le plus fréquemment en cause est le staphylocoque doré pathogène.

3) Pathogénie : Les lésions anatomiques sont constituées :

- D'un contenant : cavité ou paroi faite de membrane pyogène et de structures avoisinantes issues du tissu conjonctif.

Cette cavité empêche la dissémination de l'infection vers les tissus voisins et permet la cicatrisation après fistulisation.

-D'un contenu : pus issu de la phagocytose des germes par les GB. La couleur, l'odeur et la viscosité du pus sont fonction du germe responsable

4) Signes cliniques : quelques jours après une piqure apparaissent une inflammation circonscrite localement : **rougeur, chaleur tuméfaction et douleurs** (signes cardinaux de l'inflammation).

La tuméfaction est mal limitée ; dure en son centre, œdémateuse en sa périphérie.

SG : plus ou moins marqués : fièvre à 38 -39°C ; céphalée ; malaise général, en 2-3 jours l'abcédation apparaît.

Les signes locaux : ils se modifient.

La palpation douce au centre de la tuméfaction congestive, découvre une zone exquisement douloureuse, légèrement répressible.

Rapidement apparaît le signe pathognomonique de la collection : la fluctuation, les doigts qui appuient doucement sur un point de la tuméfaction sont soulevés par le contenu purulent qui se déplace à l'intérieur de l'abcès sous la pression brusque que les doigts de la main opposée impriment sur un autre point de la tumeur.

La douleur lancinante devient pulsatile, battante, entraînant l'insomnie: signe caractéristique de la collection suppurée.

Les signes généraux évoluent également la température élevée, oscillante.

La NFS montre une hyperleucocytose à PN neutrophile.

En l'absence d'évacuation chirurgicale ; l'évolution se fait vers l'ouverture à la peau si l'abcès est superficiel ; déterminant une fistule qui draine mal.

Si l'abcès est profond l'infection se propage aux espaces cellulaires voisins ; créant des fusées lointaines.A

La persistance de cette suppuration locale expose à la septicémie ou à la septicopyoémie.

5-) Evolutions complications

Facteurs influençant le processus naturel de l'abcès :

-Les antibiotiques, les anti-inflammatoires, les soins locaux → une diminution du processus infectieux

-Les immunodépressions acquises → une surinfection

Sous traitement l'évolution est favorable, la guérison est sans séquelle.

En l'absence d'évacuation chirurgicale ; l'évolution se fait vers l'ouverture à la peau si l'abcès est superficiel, déterminant une fistule qui draine mal

L'aggravation est responsable de complications : diffusion de l'infection aux espaces cellulaires de voisinage créant des fusées lointaines. Cellulite, myosites, septicémie.

Mort peut survenir dans un tableau de choc

6) Formes cliniques

Tous les abcès chauds ne répondent pas à cette forme schématique.

-Abcès à localisation profonde : appréciation difficile de la fluctuation lorsqu'une aponévrose le recouvre ou lorsqu'une coque est déjà formée.

Des douleurs pulsatiles ; la constatation d'une zone répressible en godet ; surtout les signes généraux de suppuration profonde c'est-à-dire: température élevée oscillante ; leucocytose a PNN doivent imposer le diagnostic de collection purulente et faire pratiquer l'évacuation chirurgicale.

-Abcès putrides à contenu pyogazeux : streptocoque et autres germes anaérobies : Clostridium perfringens ; celiation par exemple, secondaires à une infection bucco-dentaire ou perirectale.

-Abcès d'origine médicamenteuse : fréquente faute d'asepsie au moment d'une infection.

7- Mesures de prévention :

- Asepsie avec utilisation de matériel stérile
- Prise en charge correcte des agressions cutanées par une désinfection rigoureuse
- Surveillance des abcès pour éviter les surinfections

8- Principes de traitement :

- Pansements imbibés d'antiseptiques
- Incision de l'abcès dans le pli de Langer

- Effondrement des logettes
- Drainage du pus par mèche iodoforme
- Nettoyage quotidien au sérum physiologique et aux antiseptiques
- Compresse au niveau de l'orifice superficiel.
- Antalgiques, antibiotiques