

LES SUPPURATIONS PULMONAIRES PRIMITIVES ET SECONDAIRES :

DR F .KERIOU

1. Définition:

L'agression du parenchyme pulmonaire par des germes pyogènes aboutit à la suppuration et à la formation de pus. On distingue:

- **Les suppurations pulmonaires primitives ou abcès** : suppuration collectée dans une cavité néoformée, creusée dans un parenchyme antérieurement sain par une infection aigue non tuberculeuse.
- **Les suppurations pulmonaires secondaires**: l'infection va siéger sur une lésion préexistante, le plus souvent séquellaire ou sur une cavité (kyste hydatique rompu, cancer bronchique nécrosé ...)

- 
- TYPE DE DESCRIPTION: L'ABCES DU POUMON

2.Epidémiologie

- Depuis l'avènement de l'antibiothérapie, l'abcès du poumon est devenu rare.
- Age: le plus souvent adulte de 40 à 50 ans.
- Sexe: affection de l'homme, sex ratio =4.

2. Pathogénie:

- **Facteurs de risque:** alcoolisme, tabagisme, troubles neurologiques favorisant les inhalations , diabète, immunodépression (apprécier le terrain)
- **Facteur local:** obstruction de la bronche du territoire abcédé
(corps étranger)
- **Porte d'entrée:** dentaire , sinusienne, cutanée...
- **Voies d'inoculation:**
 - Voie bronchique : la plus fréquente, par inhalation de particules septiques.
 - Voie hématogène : complication d'un embole septique dans le cadre d'une septicémie, à l'origine d'abcès multiples

3. Etude clinique :

L'évolution se fait en trois stades:

- Stade de foyer fermé.
- Stade de vomique.
- Stade de foyer ouvert.

1. Stade de foyer fermé : symptômes très proches d'une pneumonie aiguë avec:

Les signes fonctionnels et généraux :

- ▣ Une fièvre à 38 - 39 °c
- ▣ Asthénie générale et une anorexie.
- ▣ Une accélération du pouls.
- Une douleur en point de coté.
- Une dyspnée modérée et une toux sèche.

L'examen physique révèle :

- ▣ Foyer de condensation pulmonaire avec une submatité localisée, des râles crépitants, rarement un souffle tubaire.

2. Stade de vomique :

Survenue brutale d'expectoration purulente , d'abondance variable, soit massive ou fractionnée dans la journée, témoignant de l'ouverture de la collection dans une bronche.

Le patient devient du jour au lendemain cracheur de pus.

3. Stade de foyer ouvert :

Alternant rétention suppurée et expectorations purulentes, avec +/- rémission de la fièvre.

4. Examens para-cliniques :

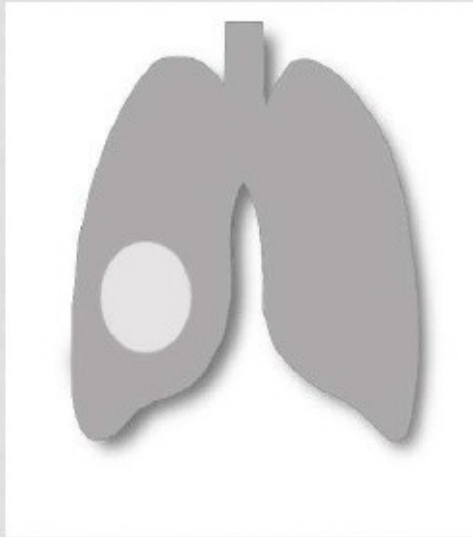
● 1. la radiologie :

- Radiographie thoracique de face et de profil.

L'image radiologique est différente selon le stade clinique.

- La TDM thoracique : précise le siège, nombre taille..de la lésion.

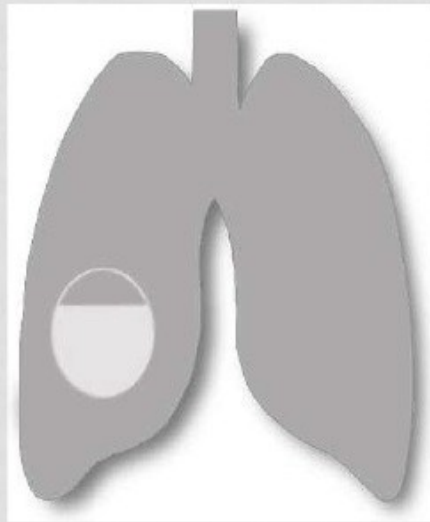
Stade de foyer fermé



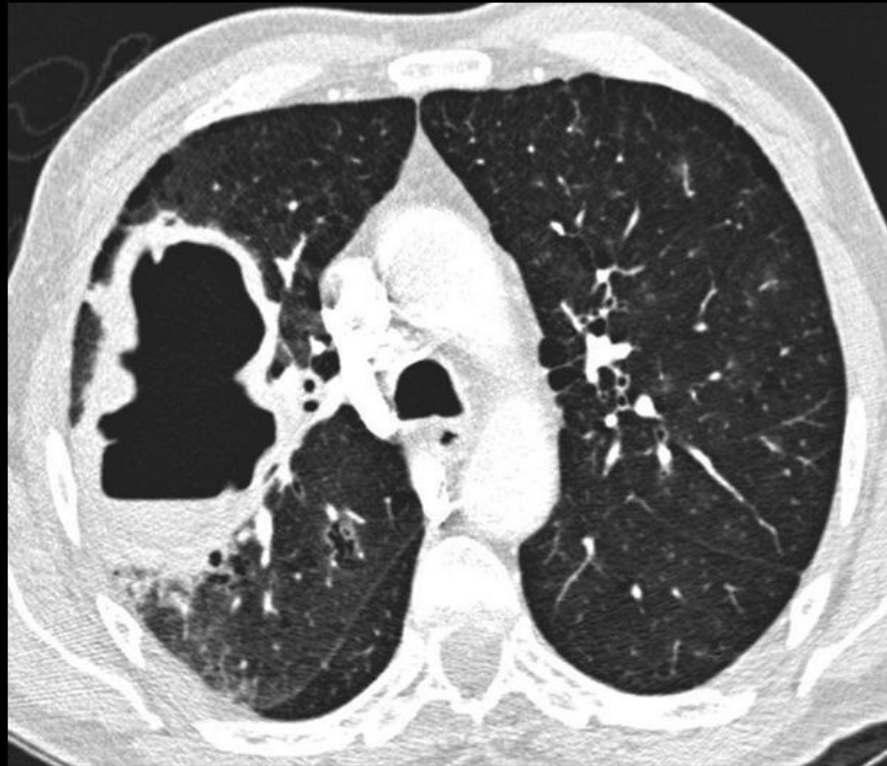
Opacité dense homogène, mal systématisée, à limites floues.

Stade de foyer ouvert

:



L'image la plus fréquente est l'image hydro-aérique : image mixte, arrondie, à contours réguliers, à la base une opacité liquidienne, surmontée par une clarté, séparées par une limite nette horizontale.



Abcès pulmonaire

● **2. Biologie :**

- ▣ FNS : hyperleucocytose à PNN, une leucopénie est un facteur de gravité.
- ▣ VS accélérée et CRP positive.

-

3. Bactériologie :

- ▣ **Les BK sont négatifs.**
- ▣ Hémocultures souvent négatives.
- ▣ Prélèvement d'une éventuelle porte d'entrée.
- ▣ ECB(examen cytobactériologique) des sécrétions bronchiques (ponction trans- trachéale, brossage protégé per-endoscopique) avec antibiogramme.

4. Fibroscopie bronchique : systématique à la recherche d'un obstacle.

-

5. Formes selon le germe:

- 1. Anaérobies**: sont d'autant plus suspectés qu'il existe une fétidité de l'haleine et de l'expectoration, une mauvaise dentition, et que le patient est éthylique.
- 2. BGN** : sont plus fréquemment responsables des abcès contractés en milieu hospitalier
- 3. Staphylococcus aureus** : (SPP) tableau dramatique chez le nourrisson, grave chez l'adulte, avec souvent des abcès volontiers multiples.
- 4. Abcès parasitaire** : Surtout amibien: notion de séjour en zone endémique, secondaire à une atteinte hépatique, siège à la base du poumon droit, rejet de pus couleur chocolat.

6. Diagnostic différentiel:

- Devant **une image radiologique cavitaire**, il faut éliminer:

Une tuberculose cavitaire: paroi très fine, niveau hydro-aérique rarement visible, siège habituellement au niveau du sommet et est associée à des images ulcéro-nodulaires.

Un cancer bronchique excavé: parois épaisses et irrégulières.

Un kyste hydatique pulmonaire rompu : niveau ondulé.

6. TRAITEMENT:

Le TRT médical doit être précoce, adapté ,prolongé de 6 à 8 semaines on prescrit usuellement une céphalosporine de 3^{ème} génération associée à un macrolide et à du métronidazole.

Le TRT de la porte d'entrée :

- ORL : angine, sinusite, otite..
- Stomatologique: soins dentaires et extractions.
- Urinaire..

Le TRT d'une éventuelle tare :

Diabète, dénutrition, déshydratation..

La kinésithérapie de drainage de la cavité suppurée.

Le TRT chirurgical : est rarement indiqué (abcès chronique).

7. Evolution:

Éléments de surveillance:

Courbe de température, FNS, radiographie du thorax

Evolution favorable : dans 80 à 90 % des cas si TRT précoce et suffisant. Apyrexie en 8 jours, examens biologiques normaux en 2 à 3 semaines, cependant les signes radiologiques persistent un peu plus longtemps et se normalisent entre la 3^{ème} et 6^{ème} semaine.

Evolution défavorable : due le plus souvent au retard thérapeutique ou insuffisance du TRT , virulence et résistance du germe, débilite du terrain (âge, VIH, cancer..) , septicémie grave:

Décès,

Vomique asphyxiante par inondation bronchique

Pleurésie purulente par ouverture de l'abcès dans la plèvre.

Septicémie et abcès à distance.

Cachexie

DDB, cavités résiduelles.