

Université FERHAT ABBES de Sétif
Faculté De Médecine

Les pleurésies purulentes

Pr.A.MOUMENI

Dr.A.Marouani

Service de pneumologieie

CHU de Sétif

I .Généralités :

- *La pleurésie purulente :*

c'est l'apparition entre les deux feuillets de la plèvre de liquide d'aspect louche, trouble, ou franchement purulent, avec présence de PN altérés prédominants à l'examen cytologique après ponction pleurale.

- *Grace aux ATB, le TRT devient essentiellement médical.*

Intérêt de la question :

La pleurésie purulente pose un problème:

- **Diagnostic** : *difficile en raison de l'utilisation intempestive des ATB, entraînant un retard diagnostic et empêchant l'isolement des germes en cause, d'où l'augmentation du nombre de pleurésies décapitées.*
- **Thérapeutique** : *nécessité de la rapidité de la prise en charge*
(ATB, ponction pleurale, drainage, kinésithérapie) *afin d'éviter le passage vers la chronicité, plus le TRT de la cause et du terrain.*
- **Pronostic** : *lié surtout au terrain.*

Fréquence

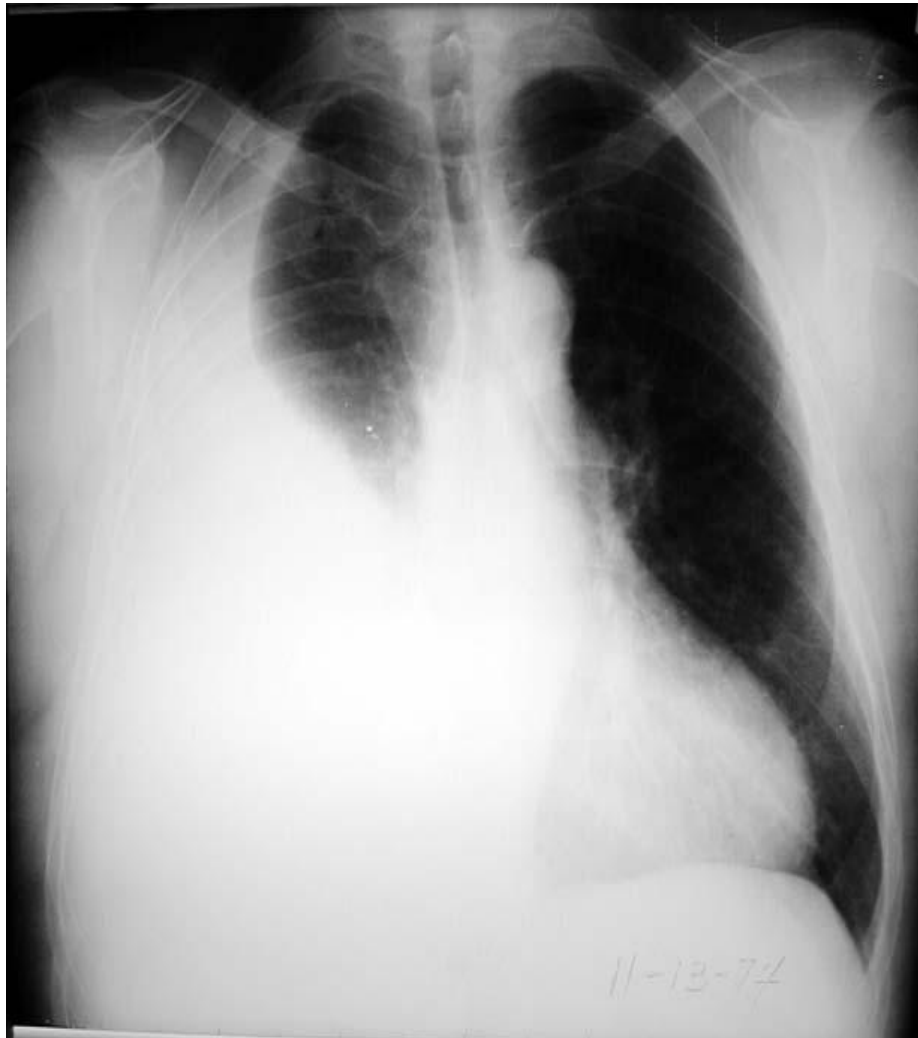
- La fréquence des pleurésies purulentes a nettement diminué depuis la généralisation de l'antibiothérapie dans les infections respiratoires.
- 3 fois plus fréquente chez l'homme que la femme.
- Observées souvent à un âge avancé

II. Anatomopathologie

- L'évolution se fait en trois stades :
 - **Phase initial de diffusion**
 - **Phase de collection**
 - **Phase d'enkystement**

A.Phase initial de diffusion

- Elle est rapide ,marquée par *une inflammation exsudative aigüe de la plèvre* .
- L'épanchement est fluide et diffus dans la grande cavité.
- La plèvre est congestive, rougeâtre mais reste mince et souple, *tapissée d'un enduit fibrineux*.
- A ce stade la guérison sans séquelle est possible.



B.Phase de collection :

- L'épanchement est franchement purulent et plus épais ,*se localise dans les régions postérieures et latérales.*
- *La plèvre est épaisse, de plus en plus rigide ,les cloisons apparaissent constituant des adhérences*
- Cloisonnement rapide.



C.Phase d'enkystement

- *La plèvre est sclérosée, fibrosée, c'est le passage vers la chronicité, la pachypleurite est importante (épaississement) entraînant une rétraction de l'hémithorax*
- Liquide purulent, enkysté par la symphyse pleurale
- Les lésions sont souvent **irréversibles.**



III .Éthiopathogénie :

- *Le terrain : en mauvais état général, tare associée : diabète, éthylisme, conditions hygiéno-diététique déplorables, immunodépression.*

III. Étiopathogénie

- *Les pleurésies purulentes ne sont pas primitives, elles sont 2^{aires} soit à :*
 - Un foyer septique pulmonaire sous pleural.
 - Celui-ci peut être minime et méconnu
 - ou cliniquement patent : (Abscess du poumon, cancer pulmonaire, DDB, corps étranger, fausse route alimentaire, atélectasie, post opératoire etc ...).

III .Éthiopathogénie

- ❑ *Inoculation directe : traumatisme toracique ,
ponctions pleurales, post-op...*
- ❑ *Une infection du voisinage : médiastin ,os, pariétal, ou
sous-diaphragmatique (abcès sous phrénique,
hépatique)..*
- ❑ *Un foyer septique à distance (endocardite infectieuse)*

IV. Diagnostic positif

A. Étude clinique

B .Examens complémentaires

1. Imagerie
2. Ponction pleurale

C .Bilan général

I. Clinique :

- Le début est le plus souvent brutal marqué par **un syndrome infectieux** avec altération de l'état général :
 - Fièvre élevée avec frissons.
 - Douleurs thoraciques en point de côté.
 - Toux sèche ou peu productive
 - dyspnée parfois cyanose.

Examen physique :

- **Inspection** : immobilité d'un héli thorax
- **Palpation** : diminution ou abolition des vibrations vocales.
- **Percussion** : matité franche, déclive et douloureuse
- **Auscultation** : diminution ou abolition des M.V

Cet examen sera complété en précisant

- **Le terrain** : souvent débilité , alcoolisme, tabagisme, diabète, BPCO, affection néoplasique , immunodépression iatrogène (corticothérapie au long court , immunosuppresseurs, chimiothérapie...)
- L'existence éventuelle d'un **foyer infectieux** évident, en particulier ORL ou dentaire.
- Le **retentissement** respiratoire.

Pleurésie purulente



Syndrome infectieux

Terrain Immunodéprimé :

- Diabète
- Infection VIH
- Chimiothérapie(Kc)
- Corticothérapie...

Porte D'entrée :

- ORL (RX des sinus , panoramique dentaire)
- Pulmonaire(RX du thorax)
- Abdominale(échographie)
- Urinaire(ECBU)
- Sanguine(hémoculture)

II.Examens complémentaires

A. Imagerie thoracique:

- **Radiographie thoracique (Face + Profil) :**
 - *Opacité franche homogène de la base, mal limitée, avec parfois : des images parenchymateuses masquant l'épanchement, parfois c'est une image hydro-aérique témoignant d'une fistule, ou bien des germes anaérobies.*
 - *Parfois le malade est vu au stade d'enkystement ou de pachypleurite.*
- **TDM thoracique :**
 - visualiser les épanchements, les cloisonnements
 - Essentielle pour faire le diagnostic différentiel avec une lésion parenchymateuse



TDM thoracique



B.Ponction pleurale

- La seule pouvant affirmer la nature purulente du liquide +++ .
- **Technique** : s'effectue en pleine matité.
- Parfois un repérage échographique est nécessaire lorsque l'enkystement est important.

Examen macroscopique

- Analyse clinique du liquide :
 - couleur (jaune ou verdâtre),
 - aspect (trouble, louche, crémeux)
 - épaisseur et odeur.

Matériel



Technique



Étude Biochimique

- liquide riche en protéine (exsudatif)
- LDH > 1000 U/l
- PH < 7.2 si doute sur la nature purulente
- Dosage de l'amylase : si suspicion de fistule œsophagienne

Étude cytologique

- Présence de polynucléaires +/- altérés

Étude Bactériologique

- Examen direct et culture sur milieu aérobie - anaérobie
- Examen direct et culture sur milieu spécifique
Lowentein Jenson
- antibiogramme

III. Bilan général

- NFS, bilan inflammatoire , ionogramme , glycémie, bilan hépatique, rénal, bilan protidique , sérologies HIV, HBS, HIV ,électrophorèse des protéines
- Gazométrie : apprécier le retentissement respiratoire.
- Hémoculture : systématique avant toute antibiothérapie
- Prélèvement au niveau d'une porte d'entrée
- TDM thoracique : rechercher un foyer parenchymateux.
- Fibroscopie : rechercher une cause locale.

V. Formes cliniques

Germe à gram (+)

- ***Pneumocoque*** :

- Présence d'une pneumonie s/jacente *est fréquente et quasi constante.*

- Tendance au cloisonnement très rapide

- ***Streptocoque*** :

- rechercher surtout un foyer ORL, cutané, dentaire.

- ***Staphylocoque*** :

Terrain : diabète

- État général souvent altéré

- Pneumopathie s/jacente extensive, abcédée, bilatérale, avec détresse respiratoire.

Germe à gram (-)

- **Entérobactéries** :
 - E. coli, klebsella, proteus.
 - Résistance aux ATB : trt en fonction de l'antibiogramme: quinolone, céphalosporine, aminosides
- **Hémophilus influenzae** : Enfant +++
- **Pyocyanique** : milieu hospitalier et sujets fragilisé.
Résistant aux ATB usuels (recours à la Ceftazidime Carbénicilline).
- **Salmonelles** : Terrain débilité ou au cours d'une typhoïde au 3^{ème} septénaire.

- Germes anaérobies :

- Terrain** : mauvais état dentaire, sujets éthyliques.
Fétidité de l'épanchement ou de l'expectoration.

- Porte d'entrée : ORL

- isolement difficile, pouvoir nécrosant+++.*

- Pleurésie amibienne :

- Associée à l'atteinte hépatique, souvent à droite, la ponction retire un pus chocolat.

VI. Traitement

Il doit être précoce et adapté.

1. Traitement général
2. Antibiothérapie
3. Traitement local
4. Kinésithérapie respiratoire
5. Traitement chirurgical

A .Traitement général

- Rééquilibrage hydro électrolytique et nutritionnel.
- Oxygénothérapie (fonctionnelle gazométrie)
- Apport vitaminique
- Traitement de la douleur et de la fièvre
- Prise en charge de l'affection s/jacente
- Nursing

B. Antibiothérapie

- *Sera débutée dès que les prélèvements bact sont faits .*
- Voie parentérale.
- Durée = 6 à 8 semaines
- *En l'absence de diagnostic bactériologique :*
traitement probabiliste à large spectre (terrain , tableau radio-clinique, l'évolution (
- L'ajustement du traitement doit se faire en fonction des résultats bactériologiques) antibiothérapie guidée(

C.Traitement local

Ponction - lavage +++

- Aiguille gros calibre + lavage sérum physiologique tiède.
- biquotidienne
- Injection locale fibrinolytique (Streptokinase, Urokinase)
- Parfois drainage thoracique (stade de collection)

D. Kinésithérapie respiratoire

- A débiter précocement but faciliter le drainage bronchique + la ré-expansion pulmonaire.
- Personnel expérimenté

E. Traitement chirurgical

- *La chirurgie ne sera envisagée qu'après échec d'une période suffisante de rééducation.*
- Vidéothoracoscopie : évacuation des débris purulents, décloisonnement des poches, nettoyage complet de la cavité.
- Décortication pleurale au stade d'enkystement.

VII.Évolution

- Se fait en 3 stades :
 - Diffusion,
 - Collection (stade réversible)
 - Enkystement (irréversible)
- Le traitement permet de stopper l'évolution avant l'enkystement.
- *Le stade d'enkystement est responsable de séquelles, pachypleurite avec insuffisance respiratoire restrictive , des rétractions, DDB, parfois des fistules broncho-pleurales.*
- les rechutes et récives sont rares.

VIII. Pronostic :

- *Le Pronostic est lié au :*
- *Terrain*
- *Virulence du germe*
- *Précocité et efficacité du traitement*