

LES PLEURESIES PURULENTES

Dr Djenfi – Pr Djebbar 2013

1. Définition :

Les pleurésies purulentes (PP) ou empyème thoracique est la présence de pus dans l'espace pleural.

Elles comptent parmi les affections thoraciques les plus anciennement connues.

2. Fréquence :

La fréquence des PP 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.

3. Pathogénie :

- Presque toujours il^{aire} à un foyer septique pulmonaire sous pleural.
- Celui-ci peut être minime et méconnu
- ou cliniquement patent : (Abscess du poumon, kc pulmonaire, DDB, corps étranger, fausse route alimentaire, atélectasie, post opératoire etc ...).
- Traumatisme pariétaux.
- Infection d'un PNO spontané.
- Surinfection d'une PSF suite à une ponction.
- Rupture de KH infecté.
- Rarement secondaire à une suppuration S/phrénique (hépatique, pancréatique ou intestinale...)
- Dans tous les cas l'infection microbienne de la plèvre se fait par ensemencement direct ou par contiguïté mais rarement par voie lymphatique ou sanguine.

4. Anatomopathologie :

La formation d'un empyème est un processus dynamique passant par différents stades physiopathologiques :

a) Phase initial de diffusion

- L'épanchement est fluide et diffus dans la grande cavité.
- La plèvre est congestive, rougeâtre mais reste mince et souple, le foyer causal est présent.
- A ce stade la guérison sans séquelle est possible.

b) Phase de collection :

- L'épanchement est franchement purulent et plus épais
- Les 2 plèvres qui sont épaissies, rigides.
- Cloisonnement rapide.

- Accumulation dans la partie postéro-inférieure.

c) **Phase d'enkystement**

- Liquide purulent, enkysté par la symphyse pleurale
- Plèvre sclérosée (pachypleurite).
- accollement des 2 feuillets.
- Les lésions sont souvent irréversibles.

5. **Diagnostic positif :**

- **Clinique :**

Le début est le plus souvent brutal marqué par **un syndrome infectieux** :

- Fièvre élevée à 40° avec frissons.
- Douleurs thoraciques en point de côté.
- Toux peu productive
- dyspnée parfois cyanose.

- **l'examen clinique :**

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

- **Cet examen sera complété en précisant**

- Le terrain : souvent, débilite, alcoolisme, tabagisme, diabète, bronchopathie chronique, affection néoplasique.
- L'existence éventuelle d'un foyer infectieux évident, en particulier ORL ou surtout dentaire.
- Le retentissement respiratoire.

Examens complémentaires :

Imagerie :

Radiographie thoracique (F + P)

- émoussement d'un cul de sac
- enkystement postérieur fréquent
- niveau hydro-aérique ? (fistule pleuro-pulmonaire)

TDM

- visualiser les épanchements, les cloisonnements
- distinguer plèvre et poumon

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

Biochimie : liquide riche en protéine (exsudatif)

- PH < 7.2 si doute sur la nature purulente

- LDH > 1000 U/l
- Dosage de l'amylase : si suspicion de fistule œsophagienne

cytologie : polynucléaires +/- altérés

Bactériologie : si possible avant toutes antibiothérapies

- cultures aérobie anaérobie,
- antibiogramme
- numération des germes
- toujours demander la recherche de B.A.A.R.

Deux notions importantes sur la bactériologie :

- Les infections sont souvent poly-microbiennes
- Si une antibiothérapie a précédé le prélèvement, le pus peut être aseptique mais la présence de polynucléaires altérés signifie qu'il y a de toute façon pleurésie purulente.

Bilan général :

- NFS, VS, ionogramme, glycémie, bilan hépatique, rénal.
- Gazométrie : apprécier le retentissement respiratoire.
- Hémoculture : systématique avant toute antibiothérapie
- TDM thoracique : rechercher un foyer parenchymateux.
- Fibroscopie : rechercher une cause locale.

6. Formes cliniques :

Selon le germe

◆ Germe à gram (+)

Pneumocoque : présence d'une pneumonie s/jacente.

cloisonnement rapide, sensibilité parfois ↓ à la pénicilline.

Streptocoque : rechercher surtout un foyer ORL, cutané, dentaire.

Staphylocoque : 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 débilisé ou au cours d'une typhoïde au 3^{ème} septénaire.

◆ Germes anaérobies :

Germes bactéroïdes

◆ Pleurésie amibienne :

Atteinte hépatique associée

La ponction → pus chocolat sans germes mais contient des amibes traitement: Flagyl

7. Evolution

- Se fait en trois stades : diffusion, collection (stade réversible) et enkystement (irréversible).
- le traitement permet de stopper l'évolution avant l'enkystement.
- L'enkystement est responsable de lourdes séquelles pachypleurite avec insuffisance respiratoire restrictive, rétraction, bronchectasies et peut être à l'origine de fistules broncho-pleurales.
- les rechutes et récidives sont rares.

8. Traitement :

- Traitement général :

- rééquilibration hydro électrolytique et nutritionnelles.
- apport vitaminique
- oxygénothérapie (fonctionnelle gazométrie)
- prise en charge de l'affection s/jacente
- nursing

- Antibiothérapie :

Débuté dès les premiers prélèvements, voie parentérale.

Durée = 6 semaines en moyenne

Amoxicilline + acide clavulanique (Augmentation[®]) ou Céphalosporine.

Métronidazole (Flagyl) 2 g / jours

Si suspicion entérobactérie → Aminoside (Gentamycine).

L'ajustement du traitement doit se faire en fonction des résultats bactériologiques

- Traitement local :

Stade de diffusion : ponction +++

Aiguille gros calibre + lavage sérum physiologique tiède.

Injection locale fibrinolytique (Streptokinase, Urokinase)

Stade de collection : drainage +++

lavage quotidien au sérum physiologique + inj locales

- Kinésithérapie respiratoire :

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

- Traitement chirurgical :

- Vidéoarthroscopie : évacuation des débris purulents, décloisonnement des poches, nettoyage complet de la cavité.
- Décortication pleurale au stade d'enkystement.

9. Pronostic :

- Le pronostic redoutable des PP a été amélioré par l'avènement des ATB.
- Il est lié au terrain mais aussi à certains germes très pathogène et résistant.
- La précocité du traitement et sa qualité sont des éléments majeurs conditionnant le pronostic.
- La PP n'est pas une maladie qui se limite à la plèvre : elle atteint le poumon et l'ensemble de la paroi.
- Les conséquences fonctionnelles de la PP sont considérables.
- La mortalité globale est comprise entre 2 et 30% selon les études.