

I-Définition :

Les abcès sont des collections purulentes dans une cavité préformée ou néoformée creusée dans le parenchyme pulmonaire. Affection de plus en plus rare chez le sujet sain mais relativement fréquente chez les sujets présentant des facteurs favorisant généraux ou locaux ; dénutrition, diabète, traitement immunosuppresseur, foyers infectieux des voies aériennes supérieures

La suppuration pulmonaire secondaire est une collection purulente dans une cavité préexistante (bulle, kyste aérien, tumeur nécrosée...)

Les abcès pulmonaires surviennent probablement plus fréquemment chez les patients âgés, en raison de l'augmentation de l'incidence des pathologies parodontales et la prévalence accrue de dysphagie et de bronchoaspiration. On retrouve la plupart du temps une consommation alcool-tabagique, avec une prédominance masculine.

II-Pathogénèse

Le plus souvent, l'abcès pulmonaire survient comme une complication de la pneumonie par aspiration (voie bronchogène), chez des patients avec les facteurs de risque. Un mauvais état bucco-dentaire associé va favoriser le risque de développer un abcès, qui se trouvera typiquement dans les segments postérieurs des lobes supérieurs ou apicaux des lobes inférieurs. La pneumonie qui en résulte va évoluer vers une nécrose tissulaire 7-14 jours plus tard, entraînant la formation d'abcès pulmonaires. Ceux-ci peuvent se développer également suite à une obstruction bronchique, comme dans le cas d'une néoplasie, d'un corps étranger ou d'une compression extrinsèque. Dans les cas d'une bactériémie, ou d'endocardite du cœur droit, des embolies septiques peuvent inséminer le poumon, provoquant souvent de multiples abcès de petite taille (< 2 cm). Plus rarement encore, une infection de voisinage (médiastin, sous-diaphragmatique sur abcès hépatiques, paroi thoracique) peut se propager vers les poumons.

II-Clinique

L'abcès du poumon évolue en trois phases

2.1 Phase de foyer fermé

C'est un tableau de pneumopathie fébrile à début brutal avec hyperthermie à 39°C, point de côté et toux sèche

L'examen clinique retrouve des signes de condensation pulmonaire

La radiographie pulmonaire montre une opacité à limites floues

Une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles est retrouvée. Le patient est vu le plus souvent au stade suivant

2.2 Phase de foyer ouvert

Ce stade est révélé par le rejet plus ou moins important de pus franc. Il peut s'agir d'une vomique ou d'une expectoration fractionnée de pus avec fétidité de l'haleine, point de côté douloureux et tendance lipothymique

Cette expectoration plus ou moins abondante sédimente en trois couches et est favorisée par les positions déclives. La fièvre diminue

L'examen clinique est pauvre. On retrouve généralement des râles bronchiques

III-Les examens complémentaires

*La radiographie thoracique montre une opacité à grande axe vertical, à contour régulier surmontant d'un niveau liquidien horizontal. Cette cavité est généralement unique. Le parenchyme adjacent et contralatéral est sain

*Biologie

-Hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile

-Hémoculture lors des pics fébriles

- Examencytobactériologique d'un éventuel liquide pleural associé
- Examen cytotbactériologique des crachats n'est pas fiable car contaminé par la flore oropharyngée
- La ponction transtrachéale est réservée aux infections nosocomiales graves en particulier sur terrain débilisé
- La recherche d'antigène soluble par immunoélectrophorèse peut permettre de reconnaître le germe responsable
- *L'endoscopie bronchique :elle permet de vérifier l'intégrité bronchique
- Absence de lésions endobronchique en particulier chez l'adulte fumeur
- Absence de corps étrangers chez l'enfant
- Possibilité de réaliser une aspiration bronchique protégée pour examen bactériologique

IV-Evolution

Elle est appréciée sur

- Les courbes de température et d'expectoration
 - La formule numération sanguine
 - Les examens radiologiques hebdomadaires
- Elle est le plus souvent favorable sous traitement

Les critères de guérison sont

- L'apyrexie complète et durable
 - FNS normale
 - Nettoyage des images radiologiques(en quatre à 6 semaines).Il peut cependant persister une cicatrice minime linéaire ou étoilée ou une cavité résiduelle à paroi fine.Ces images restent stables sur plusieurs examens radiologiques successifs
- Les formes chroniques se caractérisent par une rémission incomplète des signes cliniques et radiologiques et font discuter l'exérèse chirurgicale après plus de 2 mois d'antibiothérapie et après avoir éliminer une cause locale

Des complications sont possibles

- Infections de voisinage(pleurésie)
 - Infections à distance-septicémie,abcès du cerveau
- La mortalité reste importante(20%) car les suppurations se voient plus souvent actuellement au cours des traitement immunosuppresseurs et en réanimation

V-Les formes selon le germe

*Suppurations staphylococciques :elles sont d'évolution plus sévères avec foyer bilatéraux et multiples pouvant entrainer une insuffisance respiratoire aigue. Les images se modifient rapidement d'un jour à l'autre. Les extensions à la plèvre sont fréquentes sous forme de pyopneumothorax. Cette forme se voit le plus souvent chez l'enfant et le nourrisson avec vomissement ,diarrhée, ballonnement abdominal, IRA avec polypnée .Chez l'adulte le tableau est moins aigu faisant évoquer la tuberculose

*Les abcès à anaérobie :Ils se caractérisent par un aspect clinique subaigu ou chronique,une atteinte pleurale fréquente et une expectoration fétide

*Suppuration à gram négatif :début aigu douleur thoracique,nécrose extensive avec cavité de grand diamètre,fréquence de l'atteinte pleurale,des séquelles ouvertes en raison des destruction parenchymateuses

V-Les formes étiologiques

*Les causes locorégionales

Infections de la sphéroropharyngée ;sinusite ,otite ,pharyngite, infection buccodentaire

*Autres foyers septiques :abcès sous phrénique

Suppuration médiastinale

*La pathologie bronchique préexistante

DDB ,Corps étrangers, cancer bronchique

VI-Diagnostic différentiel

Cancer bronchique excavé
Pleurésie purulente enkystée

VII-Traitement

Antibiothérapie après prélèvement bactériologique ; association synergique de deux antibiotiques associé au métronidazole. L'antibiothérapie est évaluée après 72H. La durée du traitement est de 4-6 semaines

Les autres mesures thérapeutiques

- Apport calcique et protidique
- Réhydratation éventuelle
- Kinésithérapie respiratoire pour meilleur drainage