



PLEURESIE PURULENTE

DR I. TOUARI

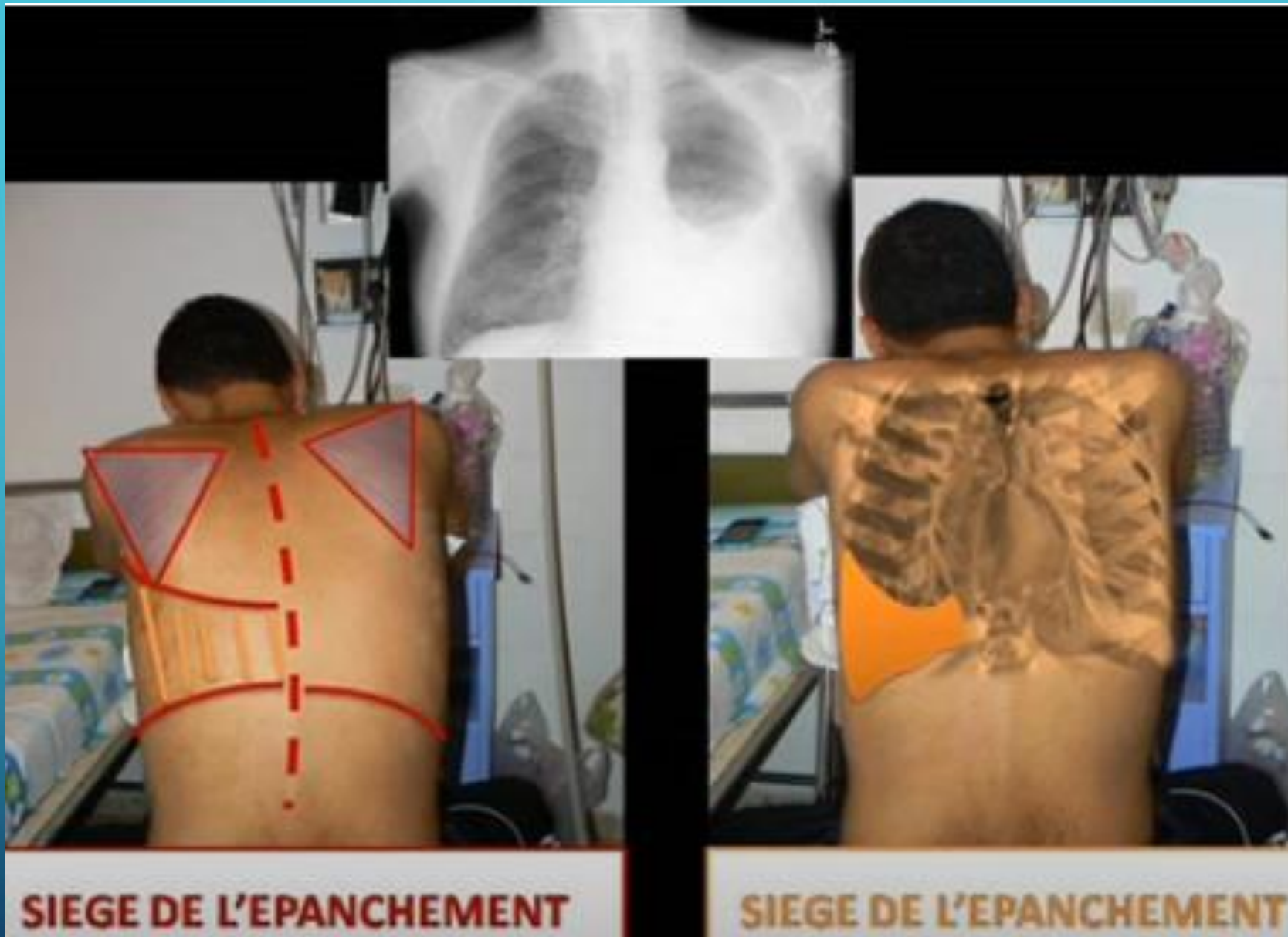
MAITRE ASSISTANTE

SERVICE PNEUMO-PHTISIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE

CHU BENI MESSOUS

PLAN DU COURS

- Définition
- Epidémiologie
- Etiopathogénie
- Anatomopathologie
- Diagnostic positif
- Diagnostic étiologique
- Evolution
- Traitement
- pronostic



SIEGE DE L'EPANCHEMENT

SIEGE DE L'EPANCHEMENT

DÉFINITION

- Pleurésie purulente ou empyème thoracique c'est un épanchement pleural dont la ponction met en évidence un liquide macroscopiquement purulent ou louche.
- L'examen cytologique retrouve une prédominance de polynucléaires neutrophiles altérés (plus de 60%)

EPIDÉMIOLOGIE

- 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 chez la femme.
- Dans les pays développés son incidence est de 8% de l'ensemble des pleurésies cependant dans les pays en voie de développement cette incidence reste élevée (15-20%)

ETIOPATHOGENIE

- 1-Extension directe: à partir des pneumopathies bactérienne (en cas où elles sont mal ou insuffisamment traitées) ; favorisée par une obstruction bronchique ou une infection pleuro pulmonaire=état septicémique.
- 2-Inoculation directe : plaie pénétrante; accident de la circulation ; post opératoire (thoracotomie) ; iatrogène (ponction pleurale septique).
- 3-Inoculation indirecte : nécessite point de départ périphérique au thorax (abcès du sein) ; adénite abcédée ; médiastinale (fistule trachéale ; œsophagienne) ; sous diaphragmatique (péritonite ; abcès sous phrénique ; abcès sous hépatique).

ANATOMOPATHOLOGIE

- On distingue trois stades anatomopathologique:

1- Stade initiale 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.

ANATOMOPATHOLOGIE

2- Stade de collection:

- L'épanchement est franchement purulent et plus épais
- Les 2 plèvres qui sont épaissies, rigides.
- Cloisonnement rapide. Les lésions restent réversibles
- Accumulation dans la partie postéro-inférieure.

ANATOMOPATHOLOGIE

- 3- Stade d'enkystement:

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

DIAGNOSTIC POSITIF

- 1- Clinique:
- Début le plus souvent brutal marqué par un syndrome infectieux : Fièvre élevée à 40° avec frissons.
- Signes fonctionnels respiratoires : Douleurs thoraciques en point de côté, toux peu productive, dyspnée parfois cyanose.

DIAGNOSTIC POSITIF

- **Examen clinique :**

- Inspection : Immobilité relative d'un héli thorax
- Palpation ↓ des vibrations vocales ou abolition
- Percussion : Matité franche, déclive et douloureuse
- Auscultation : ↓ ou abolition des murmures vésiculaires

* La recherche d'un éventuelle foyer infectieux évident, en particulier ORL ou surtout dentaire.

DIAGNOSTIC POSITIF

- **2-Examens complémentaires**

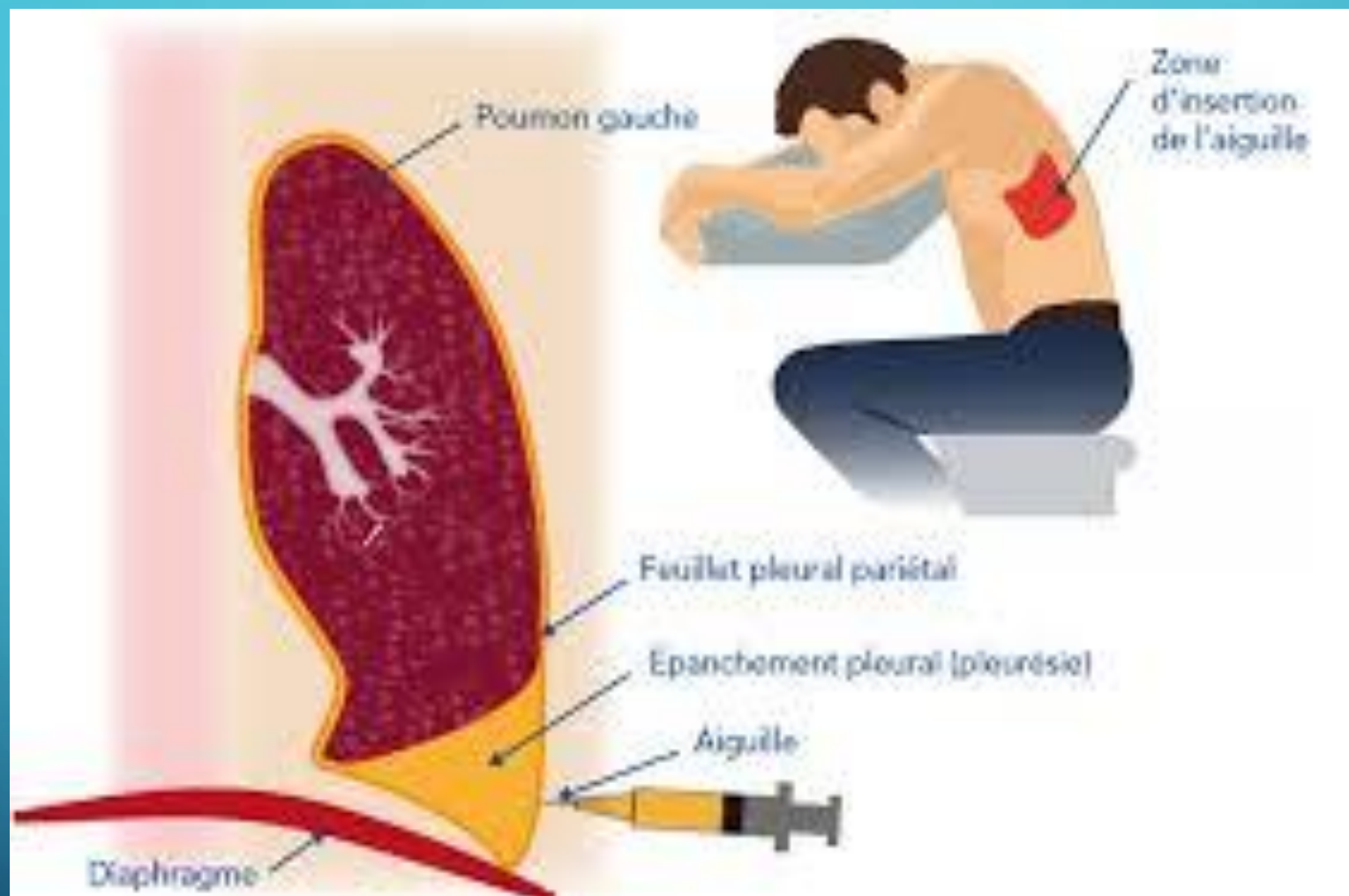
a) Radiographie thoracique : Opacité pleurale, homogène, déclive, floue, mal limitée, avec, rarement, une ligne bordante au stade de début

La présence de niveau hydro-aérique fait évoquer un gèrme anaérobique ou une fistule pleuro-pulmonaire)



DIAGNOSTIC POSITIF

- b) Ponction pleurale: Affirme 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 (exsudative) LDH sup à 1 000 U/L
 - Cytologie : polynucléaires +/- altérés
 - Bactériologie : si possible avant toutes antibiothérapies



DIAGNOSTIC POSITIF

- c) 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.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Selon le germe :

a) Pneumocoque:

- Pneumopathie sous-jacente quasi constante.
- Tendance au cloisonnement très rapide.

b) Streptocoque:

- La pneumopathie sous-jacente est courante, mais il faut chercher particulièrement un foyer ORL, cutané ou dentaire.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

c) Staphylocoque:

- Pneumopathie sous-jacente souvent extensive, abcédée, bilatérale, avec tableau grave et détresse respiratoire
- Sujets immunodéprimés, toxicomanes.

d) Entérobactéries:

- Escherichia coli, klebsiella, Proteus... etc.
- Terrain débilité, contexte multi-infectieux ou septicémique

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

e) Germes anaérobies :

- Bactéroïdes, Fusobacterium, Peptostreptococcus... etc.
- Souvent inhalation à partir de la flore oropharyngée, en particulier chez l'éthylique au mauvais état dentaire.
- Pouvoir nécrosant important.
- Cliniquement peu de douleurs et fétidité de l'épanchement et de l'expectoration.

f) Bacille tuberculeux :

- Rarement incriminé, doit être recherché systématiquement.

EVOLUTION

- Elle 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 récides sont rares.

TRAITEMENT

- Traitement général :
 - Rééquilibration hydro électrolytique et nutritionnelles.
 - Apport vitaminique
 - Oxygénothérapie (fonctionnelle gazométrie)
 - Prise en charge de l'affection sous jacente
 - Nursing

TRAITEMENT

- Antibiothérapie :
 - Débute dès les premiers prélèvements, voie parentérale.
 - Durée = 4 à 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

- 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

TRAITEMENT

- **Kinésithérapie respiratoire :**

A débiter précocement pour faciliter le drainage bronchique et la ré-expansion pulmonaire.

- **Traitement chirurgical :**

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

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.

JE VOUS REMERCIE

