MedWiki-DZ (https://www.medwiki-dz.com/)

Suppurations pulmonaires

Dernière mise à jour : 2019/04/15 20:25

MedWiki-DZ:

Suppurations pulmonaires

https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:abces_du_poumon

Dernière mise à jour : 2019/04/15 20:25 - Imprimé le : 2024/09/15 16:26



Table des matières

| Suppurations pulmonaires | i |
|--|---|
| Suppurations pulmonaires | 1 |
| 1. Définition | 1 |
| 2. Intérêt | 1 |
| 3. Épidémiologie | 1 |
| 4. Physiopathologie | 1 |
| 5. Anatomo-pathologie | 2 |
| 6. Clinique | |
| 6.1. Tableau clinique | 3 |
| 7. Examens complémentaires | 3 |
| 8. Formes cliniques | 3 |
| 8.1. Selon le germe | 3 |
| 8.2. Selon l'intensité | 4 |
| 8.3. Selon le mécanisme physiopathologique | 4 |
| 9. Diagnostic différentiel | 4 |
| 10. Traitement | 5 |
| 10.1. Buts | 5 |
| 10.2. Moyens | 5 |
| 10.3. Évolution | 5 |
| 11. Prévention | 6 |

Suppurations pulmonaires

1. Définition

- Nécroses du parenchyme, liées à des infections à germes pyogènes
- **Suppurations primitives (abcès) :** cavité néoformée par une infection bactérienne (non tuberculeuse), favorisée par un terrain débilité (alcool, tabac, immunodépression)
- **Suppurations secondaires :** sur lésions pré-existantes, le plus souvent séquellaires ou cavitaires (kyste hydatique rompu, cancer nécrosé...)

2. Intérêt

- Thérapeutique : sensibilité des germes
- Étiologique : dominé par le cancer bronchique

3. Épidémiologie

- Germes les plus fréquents : anaérobies, Gram négatifs, Gram positifs (staph doré)
- 4 fois plus les hommes que les femmes, suit la distribution des facteurs de risque
- Âge: 40 à 50 ans, nourrisson: staphylococcie pleuro-pulmonaire du nourrisson (forme particulière)
- À l'ère de l'antibiothérapie : forme classique devenue rare, émergence de formes frustes décapitées

4. Physiopathologie

Colonisation aérienne +++:

- Inhalation de particules septiques (AVC, éthylisme, anesthésie générale ⇒ troubles de la déglutition; mauvais état bucco-dentaire ⇒ anaérobies +++)
- Complication d'une pneumonie (surtout Klebsiella, Haemophilus, Staphylococcus aureus, Streptocoque béta-hémolytique)
- Obstruction bronchique (corps étranger, cancer)
- Colonisation hématogène :
 - Embole septique (septico-pyo-hémie à staphylocoque surtout)
- Propagation loco-régionale : Exceptionnelle
 - Abcès hépatique, surinfection de néo de l'œsophage

• Facteurs favorisants :

- Locaux : mauvais état dentaire, cancer, tabac
- Généraux : éthylisme, diabète, immunodépression

5. Anatomo-pathologie

· Macroscopie:

 Habituellement : cavité unique, régulière, taille variable ; parfois, plusieurs cavités au sein d'une pneumopathie

• Microscopie:

- Abcès aigu : de la lumière à la périphérie :
 - Masse amorphe : nappes de PNN altérés
 - Zone interne nécrotique : restes de parois alvéolaires
 - Zone d'alvéolite suppurée : structures alvéolaires infiltrées de PNN
 - Zone d'alvéolite fibrino-leucocytaire
- · Abcès chronique :
 - Apparition d'un tissu de sclérose
 - Qui reste parfois localisé en bordure de l'abcès
 - Le plus souvent, il s'étend, envahit et bouleverse le parenchyme

6. Clinique

Type de description : Suppuration primitive ou abcès. Évolution en 3 phases :

1. Phase de foyer fermé : soit :

- o Tableau de pneumopathie aiguë fébrile :
 - Début brutal
 - Signes généraux (fièvre, AEG)
 - Douleur (point de coté)
 - Toux sèche, rarement expectoration mugueuse (foyer fermé)
 - Signes auscultatoire en foyer
- Simple syndrome pseudo-grippal :
 - Puis évolution défavorable vers l'abcédation
 - Se manifeste par la persistance/réapparition de signes généraux, et respiratoires

2. Phase de vomique :

- Survenue brutale (du jour au lendemain) d'une expectoration purulente
- Fétide avec certains germes (anaérobies, certains BGN), jamais dans la TBK
- Peut être abondante, asphyxiante, mais le plus souvent fractionnée

3. Phase de foyer ouvert

6.1. Tableau clinique

- Syndrome général : AEG, fièvre oscillante, faciès pâle et amaigri
- **Syndrome pulmonaire :** Expectoration abondante, souffle cavitaire, râles humides localisés en pleine zone condensée

7. Examens complémentaires

1. Biologie:

- Hyperleucocytose à PNN
- VS et CRP élevées
- Hémocultures
- ECBC : utilité non démontrée (sensibilité et spécificité faibles)
- ECB des sécrétions bronchiques (fibro avec aspiration et/ou brossage protégé, ponction trans-trachéale)

2. Radiographie:

- Au début : opacité dense homogène mal systématisée à limites floues
- Après : image hydro-aérique au sein de l'opacité
- Images parfois multiples
- 3. **TDM**: précise le nombre, le siège et la nature excavée ou non des lésions
- 4. **Fibroscopie bronchique :** *systématique*, recherche une cause locale endo-bronchique (cancer +++)

8. Formes cliniques

8.1. Selon le germe

1. Anaérobies (bactéroïdes, fusobactérium) :

- Les plus fréquents
- Souvent secondaire à des troubles de la déglutition
- Suspectés surtout si : odeur fétide, mauvais état dentaire, éthylisme
- Symptomatologie torpide, prédominance des signes généraux
- Germe rarement identifié

2. Bacilles Gram négatifs (BGN):

- Milieu hospitalier +++
- Pneumopathie extensive
- Abcès à Klebsiella : particulier par expectoration hémoptoïque, aspect radiologique (lobite excavée), séquelles importantes (cavités multiples)
- Pronostic grave : terrain précaire, germes multi-résistants, séquelles

3. Staphylococcus aureus:

- Surtout chez le nourrisson (avant 6 mois)
- Abcès multiples, évolution bulleuse, rupture dans la plèvre possible ⇒ tableau dramatique
- Chez l'adulte : abcès souvent multiple (évoque l'origine hématologique)

4. Germes pyogènes banals :

Pneumocoque et Haemophilus donnent rarement des abcès

5. Infections inhabituelles:

 De plus en plus reconnus (Aspergillose, candidose...) à cause de l'augmentation de leur incidence (immunodéprimés) et des progrès des méthodes d'identification

6. Abcès amibiens :

- Souvent secondaire à un abcès hépatique
- Pus d'aspect chocolat caractéristique

8.2. Selon l'intensité

1. Formes sur-aiguës :

- Exceptionnelles, surtout chez des tarés alcooliques, rarement chez les diabétiques
- Signes généraux et fonctionnels bruyants
- Décès par cirrhose, IDM, OAP (⇒ retentissement du processus suppuratif)

2. Formes sub-aiguës:

Surtout chez les sujets insuffisamment traités au début (décapité)

8.3. Selon le mécanisme physiopathologique

1. **Suppuration primitive :** atteinte par voie aérienne (ORL, stomato), septicémique (porte d'entrée non suppurée), ou secondaire à une obstruction bronchique (cancer, tumeur bénigne, corps étranger)

2. Suppuration secondaire:

- Cavité pré-existante (TBK, kyste hydatique, kyste aérien)
- Suppuration de voisinage (phrénique, appendicite, cholécystite, anexite, prostatite)
- Cancer de l'œsophage
- Septicémie (suppuration initiale à distance)

9. Diagnostic différentiel

- Tuberculose
- Suppuration bronchique (DDB)
- Cancer excavé (nécrosé)
- Suppuration dans une cavité préformée (kystes aériens, bulles d'emphysème, kystes hydatiques, séquestrations pulmonaires)
- Pseudo-vomique d'origine bucco-amygdalienne

10. Traitement

10.1. Buts

- Traiter l'infection et le terrain
- Drainage de la collection

10.2. Moyens

1. Antibiothérapie :

- Doit être : précoce, adapté (secondairement, selon la bactériologie), prolongé (8 semaines), association, parentérale
- Initialement : Béta-lactamine/Céphalosporine 3e génération + Aminoside (+ Métronidazole si suspicion d'anaérobies)

2. Traitement étiologique (porte d'entrée) :

- Foyer infectieux ORL ou dentaire
- Corps étranger (extraction)
- Cancer bronchique (endoscopie interventionnelle)
- 3. **Traitement adjuvant :** équilibre hydro-électrolytique, régime hypercalorique, vitaminothérapie (éthylique), insuline (diabétique)
- 4. Kinésithérapie et drainage de posture : systématique
- 5. Traitement chirurgical : si pas de réponse au traitement, lobectomie le plus souvent

10.3. Évolution

1. Favorable:

- Dans 80 à 90% des cas, avec un traitement médical adapté, précoce et prolongé
- Guérison considérée comme acquise, mais nécessité de contrôles durant plusieurs mois

2. Complications:

- Locales : pleurésie réactionnelle (séro-fibrineuse) ou purulente
- Générales : septicémie et emboles septiques (cerveau, reins), CIVD, cachexie
- 3. **Chronicité :** rémission radiologique incomplète (persistance de poches de pus)
- 4. **Séquelles :** cavité résiduelle pourvoyeuse de DDB, hémoptysies, surinfections et greffes aspergillaires

11. Prévention

— Cours basé sur le résumé de Dr. A. Mekideche - DEMS 2018