

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

Pleurésies purulentes non tuberculeuses

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:35

MedWiki-DZ :

Pleurésies purulentes non tuberculeuses

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

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:35** - Imprimé le : **2026/01/26 23:20**



Table des matières

Pleurésies purulentes non tuberculeuses	1
Pleurésies purulentes non tuberculeuses	3
1. Définition	3
2. Épidémiologie	3
3. Étiopathogénie	3
3.1. PPNT d'origine pulmonaire	4
3.2. PPNT d'origine extra-pulmonaire	4
3.3. PPNT dites idiopathiques	4
3.4. PPNT iatrogènes	4
4. Physiopathologie	4
5. Diagnostic positif	5
5.1. Clinique	5
5.2. Para-clinique	6
6. Diagnostic étiologique	7
7. Évolution et pronostic	7
8. Formes cliniques (selon les germes)	8
9. Traitement	8
9.1. Antibiothérapie	8
9.2. Traitement local	9
9.3. Traitement de l'état général	9

Pleurésies purulentes non tuberculeuses

1. Définition

- Présence d'un liquide dans la grande cavité pleurale :
 - Franchement purulent (épais, crémeux, souvent nauséabonde)
 - Louche et trouble
 - Ou clair avec à prédominance PNN
- Dues à des germes banals

2. Épidémiologie

- Peu fréquentes, mais le pronostic est sévère
- Compliquent 40% des pneumonies
- Diminution de la fréquence des empyèmes à pneumocoque, émergence d'autres souches moins sensibles et/ou plus virulentes (BGN, anaérobies)
- Prédominance masculine, tout âge avec 2 pics (0-9 ans et 40-60 ans)
- Facteurs favorisants dans 2/3 des cas :
 - Diabète, insuffisance rénale
 - Tabac, alcool, toxicomanie
 - Maladies respiratoires chroniques
 - Mauvaise état buccodentaire
 - RGO, fausses routes
 - Néoplasie
 - Immunodépression
 - Dénutrition
- Causes :
 - Parapneumoniques (66%)
 - Post-op (13%)
 - Post-traumatiques (5%)
 - Iatrogènes (4%)
 - Divers : perforation œsophagienne, abcès sous phrénique, corps étranger, DDB, mucoviscidose (12%)

3. Étiopathogénie

3.1. PPNT d'origine pulmonaire

- Les plus fréquentes
- Souvent, complique une pneumonie ou pneumopathie, plus rarement :
 - Rupture d'abcès pulmonaire
 - Embolie pulmonaire septique
 - Cancer, DDB, bulles ou malformation sur-infectés
 - Infarctus pulmonaire sur-infecté
 - Obstruction bronchique par un corps étranger

3.2. PPNT d'origine extra-pulmonaire

- Plus rares
- Médiastinales : perforation de l'œsophage, médiastinite (dentaire ou ORL)
- Rachidienne
- Sous-diaphragmatique : abcès sous diaphragmatique, péritonite, cancer ou diverticule, infarctissement splénique, abcès hépatique, perforation d'organe creux
- Rétro-péritonéale : pyélonéphrite...
- Systémique : bactériémie ou septicémie

3.3. PPNT dites idiopathiques

- Une PP ne peut pas être idiopathique : la pneumonie causale peut avoir disparu au moment du diagnostic
- Les autres causes sont à rechercher systématiquement : risque de non guérison ou de récurrence sans traitement de la cause

3.4. PPNT iatrogènes

- Fréquence juste après les PP d'origine pulmonaires
- En générale : surinfection d'un épanchement préexistant (hémothorax, hémopneumothorax, PNO, pleurésies diverses, chylothorax)
- Complications de chirurgies thoraciques = 20% des PP iatrogènes
 - Surtout : exérèse pulmonaire, perforations instrumentales, chirurgie de l'œsophage ; plus rare : chirurgie cardiaque, vasculaire et abdominale

4. Physiopathologie

Phase	Épanchement	Plèvres	Guérison
Diffusion initiale	- fluide - plus ou moins louche - inflammatoire, exsudatif - riche en PNN	- congestives, rougeâtres, surfaces dépolies - fines et souples - dépôts fibrineux pas importants et faciles à décoller	- anatomique et sans séquelles (sous traitement)
Collection	- visqueux - franchement purulent	- épaissis - rigides (pachypleurite la plus épaisse en pariétal) - dépôts fibro-leucocytaires et nécrotiques - symphyse pleurale commence en haut et en avant	- peut être totale, mais souvent séquelles (brides, symphyses locales/globales pouvant se calcifier)
Enkystement	- enkysté par la symphyse pleurale	- pachypleurite (plaque scléreuse enveloppant le poumon ← fibroblastes/collagène) - fixe à la plèvre viscérale (inclinable), efface toute trace du feuillet pariétal - peut se calcifier avec le temps	- lésions irréversibles (décortication chirurgicale peut être nécessaire)

5. Diagnostic positif

5.1. Clinique

- Variable, dépend de plusieurs facteurs (âge, germe, lésions pleuro-pulmonaire préalable TBK ou non, prise de CTC ou Abio à l'aveugle)
- **Début :**
 - Plus souvent brutal, marqué par un syndrome infectieux (fièvre 40°C + frissons, douleurs thoraciques, toux peu productive, dyspnée)
 - Formes à 2 temps fréquentes : pneumonie, amélioration puis reprise des symptômes
 - Formes sub-aiguës et chroniques : surtout sujet âgé et CTC au long cours (fièvre légère, asthénie, signes locaux modestes)
 - Rarement : découverte au stade de fistulisation bronchique voir externe
- **État :**
 - Fièvre : quasi constante
 - Toux : sèche, surtout aux mouvements et changement de position
 - Dyspnée : selon le volume de l'épanchement
 - Douleur thoracique : latéralisée, irradiant au dos ou à l'épaule, augmente à la mobilisation (toux, mouvement)

- Autres (inconstants) : ARG, frissons, hémoptysie
- **Examen** : signes physiques variables
 - Hémithorax immobile
 - Syndrome d'épanchement pleural liquidien (triade de trousseau : matité, diminution des VV et du MV)
 - Recherche d'un foyer infectieux (ORL, dentaire+++)
 - Aucun signe pour affirmer le caractère purulent (sauf la ponction)

5.2. Para-clinique

- **Radiographie thoracique** : face + profil +++
 - Phase de diffusion : diagnostic difficile, liquide visible que sur le profil (cul de sac postérieur)
 - Phase de collection : pleurésie, mal limitée (limites floues)
 - Phase d'enkystement : épanchement enkysté
 - Niveau hydro-aériques avant l'épanchement ⇒ évoquer germes anaérobies et fistule broncho-pleurale
- **Ponction pleurale** : (voir cours fiche technique)
 - Aiguille épaisse (pus)
 - Peut être blanche (adhérences) ⇒ changer de site de ponction
 - Macroscopie : liquide trouble/louche/franchement purulent, parfois malodorant (anaérobies)
 - Cytologie : PNN altérés = pus
 - Bactériologie : antibiogramme +++
 - Biochimie : intérêt moindre (exsudat hypoglycopleurie)
- **Bactériologie** :
 - Peut être polymicrobien (apanage des fistules broncho-pleurales, infections à anaérobies, fistules d'origine digestive)
 - Peut être stérile : décapitée, mauvaise technique et faux négatif, épanchement puriforme aseptique
 - Types de germes :
 - Pneumocoque : fréquence moindre depuis l'ère des antibiotiques
 - BGN : fréquence en augmentation avec l'augmentation des infections nosocomiales (klebsiella, enterobacter, pseudomonas, proteus, E. coli)
 - Staphylocoque : 15 à 40% des cas
 - Anaérobies : fréquence variable d'une étude à une autre
- **Autres** :
 - Hémocultures
 - ECBC
 - Antigènes solubles (hémophilus B)
 - Fibroaspiration et prélèvement protégé
 - Bilan standard, inflammatoire, recherche de complications...

6. Diagnostic étiologique

- **Foyer infectieux :**
 - Bucco-dentaire : examen + panoramique
 - ORL + radiographie des sinus
 - Foyer abdomino-pelvien
- **Terrain :** rechercher
 - Diabète
 - Atteinte cardiaque ou rénale
 - Néoplasie sous-jacente
 - Hépatopathie éthylique
- **Bilan pleuro-pulmonaire :**
 - Radiographie + TDM +++
 - Fibroscopie systématique
 - Test au bleu de méthylène (recherche de fistule broncho-pleurale)

7. Évolution et pronostic

- **Favorable :**
 - À condition d'un traitement précoce et bien conduit
 - *Surveillance prolongée* +++ : kinésithérapie, contrôle radiologique, bilan fonctionnel et étiologique à distance
- **Défavorable :**
 - Enkystement et séquelles (pleurales, pariétales et parenchymateuses) ⇒ kinésithérapie +++
 - Chronicité (rare) : sujet âgé, terrain débilité
 - Empyème de nécessité (extériorisation du pus) : devenu exceptionnel
 - Fistule pleuro-bronchique : vomique purulente
- **Facteurs de mauvais pronostic :**
 - **Locaux :**
 - Atteintes et anomalies pleurales, pariétales ou broncho-pulmonaires pré-existantes
 - **Généraux :**
 - Âge avancé
 - Néoplasie
 - Tares : diabète, BPCO, alcoolisme, insuffisance cardiaque ou rénale, neurologique
 - Germe : hospitaliers, BGN, staph

8. Formes cliniques (selon les germes)

1. Pneumocoque :

- Complique la quasi totalité des pneumonies à pneumocoque (non traitées)
- Reste sensible aux Abio
- Tendance au cloisonnement (pus riche en fibrine)

2. Streptocoque :

- Complique les pneumonies à pneumocoques, otites et autres affections ORL
- Tableau bruyant, EPL abondant
- Sensible aux Abio

3. Staphylocoque :

- Surtout chez l'enfant
- Rechercher des facteurs favorisant : immunodépression, CTC, diabète, toxicomanie (héroïnomanie avec endocardite du coeur droit)

4. BGN :

- Fréquence croissante (infections nosocomiales +++)
- Surtout chez les sujets débilisés

5. Anaérobies :

- Germes endogènes, qui deviennent pathogène à l'occasion de différents facteurs (suppuration pulmonaire lors d'un néo bronchique, corps étranger, DDB, infarctus pulmonaire, inhalation, infection ORL ou dentaire, dissémination hématogène à distance (gynéco, digestif...))
- Pus et expectoration fétide
- Pneumopathie nécrosante, et image pleurale hydroaérique (avant toute ponction = non iatrogène)

9. Traitement

- En plus du traitement de la cause (médical voie chirurgical), il faut :
 - Stériliser le foyer infectieux
 - Évacuer l'épanchement
 - Traiter les perturbations biologiques et hydroélectrolytiques

9.1. Antibiothérapie

- Traitement urgent, juste après les prélèvements bactériologiques
- Association bactéricide, parentéral, d'abord orienté par le tableau puis éventuellement réajuster
- Il faut :
 - Couvrir pneumocoque, CGP, anaérobies
 - Diffusion pleurale

- Actif en milieux acide
- ⇒ Pénicilline, céphalosporine, métronidazol, clindamycine, fluoro-quinolones, amoxicilline + acide clavulanique
- Durée : 4 à 6 semaines

9.2. Traitement local

- **Ponctions** : quotidiennes, +/- lavage avec SSI et antiseptique
- **Drainage** : aspietie rigoureuse, doit être associé au lavage, retirer quand l'aspiration n'est plus productive
- **Décortication** : permet de supprimer le foyer de suppuration s'il persiste et de libérer le poumon de la pachypleurite ; seulement si état général conservé et fonction respiratoire correcte
- **Fibrinolyse** : fluidifie le pus épais riche en fibrine, injecter dans le drain avec 30-50 cc de SSI, laisser 2 à 4h
 - Streptokinase 250.000 UI, Urokinase 100.000 UI, rT-PA 10 à 25 mg
 - Contre-indications : allergie au produit, fistule broncho-pleurale
- **Kinésithérapie** : systématique, limite les séquelles et donc le recours à la chirurgie, pendant 3 à 6 mois

9.3. Traitement de l'état général

- Ces perturbations (et leur prise en charge) conditionnent largement la mortalité
 - Nutrition
 - Hydratation et troubles électrolytiques
 - Diabète
 - Hypoxie
 - Choc...

— Résumé basé sur le cours (diapos) de Pr. S. Alihalassa (2014)